



# DE LA DILATATION

RAPIDE ET FORCÉE

# DU COL DE L'UTÉRUS

PENDANT

LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL

# DE LA DILATATION

RAPIDE ET FORCÉE

# DU COL DE L'UTÉRUS

PENDANT

## LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL

PAR

LE Dr AL. BOISSARD

Accoucheur à la Maternité de l'Hôpital Tenon.




« Suivre la nature, l'aider quelquefois, la corriger rarement. »

---

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1906

# PRÉFACE

La sécurité qui nous est donnée aujourd'hui par la méthode antiseptique appliquée à l'art des accouchements, la sûreté qui nous est apportée par une instrumentation sans cesse perfectionnée nous permettent d'envisager, à l'heure actuelle, la question de la dilatation artificielle du col de l'utérus gravide sous un jour tout différent de ce qu'il était il y a seulement vingt ans.

De plus en plus, cette question se pose, et sa solution s'impose, car aujourd'hui plus qu'à toute autre époque le double souci de la vie de la femme enceinte et de la survie de l'enfant est entré dans l'esprit de tout accoucheur.

Avec raison, s'il semble inadmissible que la vie de l'enfant puisse coûter celle de sa mère, il semble également inhumain que la conservation des jours de la mère puisse entraîner la mort du produit de conception.

La grossesse et l'accouchement étant fonctions de la vie de la femme, il est douloureux de penser que parfois l'accoucheur puisse avoir à faire pencher la balance du côté de la mère au détriment de son enfant, et vice-versa ; de plus en plus, les deux existences, paraissant sacrées, se trouvent placées au même plan, et c'est en vue de les sauvegarder toutes les deux, que la question de la dilatation artificielle et rapide de l'utérus gravide mérite d'appeler l'attention de tous les accoucheurs.

Il y a des chapitres de l'histoire obstétricale qui ne peuvent plus exister qu'à l'état de documents d'archives ; les observations de femmes mortes n'accouchant pas, ou non accouchées étaient encore nombreuses au siècle dernier ; ce sera une des gloires de l'obstétrique moderne d'avoir rayé de ses annales la possibilité de faits semblables ; l'heureuse renaissance de l'opération césarienne, la symphyséotomie, l'accouchement prématuré artificiel, ont largement contribué à atteindre ce résultat, mais il faut aujourd'hui y ajouter la méthode de la dilatation rapide ou forcée, en face d'accidents subits ou imprévus, venant compromettre les jours de la mère, ou de l'enfant, soit au cours de la grossesse, soit durant la période du travail.

Ce procédé opératoire a donc sa place marquée à côté de toutes les opérations obstétricales qui sont employées couramment aujourd'hui, et c'est à ce titre qu'il mérite qu'on y arrête son esprit, si l'on veut envisager sous toutes ses faces la question de l'accouchement rapide par les voies naturelles.

Si, au cours de l'histoire, nous voyons une méthode décliner, un procédé opératoire disparaître, on doit reconnaître que le plus souvent il faut incriminer soit une instrumentation défectueuse, soit une connaissance incomplète des lois de la physiologie ou de la pathologie.

Nous pouvons, momentanément, ne pas être en possession des moyens qui permettent de réaliser une conception de l'esprit, mais si cette conception repose sur un principe vrai, elle survivra au temps, et renaissant un jour, elle recevra la consécration définitive que donne toute véritable conquête scientifique.

Entre un principe et son application, entre une méthode

et son exécution, il y a la possession des moyens nécessaires à sa réalisation ; aussi voit-on l'homme s'efforcer d'acquérir les moyens qui lui permettront de réaliser définitivement et sûrement une conception qui semblait tout d'abord n'être qu'un rêve.

L'idée d'accoucher le plus rapidement possible par les voies naturelles, toute femme enceinte ou en travail, menacée par l'apparition d'un accident immédiatement grave pour elle ou son enfant, est, on peut le dire, aussi vieille que le monde.

Si la loi romaine ordonnait d'ouvrir le ventre de toute femme enceinte morte ou agonisante, si les Pères de l'Église ont donné le même conseil, il faut bien reconnaître que, pour des motifs différents, la vie de l'enfant était la principale, sinon l'unique préoccupation ; la femme, enceinte ou en travail, ne devait pas mourir sans que, préalablement, l'enfant n'eut été extrait de son ventre ; dans les minutes qui précédaient ou suivaient la mort de la mère, l'enfant était extrait par la *section césarienne ;* plus tard, avec une méthode d'observation plus approfondie, on reconnut combien il était difficile de déterminer le moment précis où une femme enceinte ou en travail commence réellement à entrer en agonie ; bien plus, on reconnut également qu'on ne possédait pas de signes certains de la mort de la mère, cette mort devant être affirmée immédiatement après sa production, si l'on voulait donner à l'enfant quelques chances de survie ; à partir de ce moment, dans la crainte d'opérer des femmes qui n'étaient pas mortes, ou qui n'étaient même pas dans une véritable agonie, on fit de telles réserves, on apporta de telles restrictions que l'on préféra pour ainsi dire s'abstenir ; la mort de la mère non secourue entraînait fatalement la mort de l'enfant, car nous ne voulons pas retenir

ces faits extraordinaires ou invraisemblables de la naissance spontanée d'un enfant vivant, après la mort de la mère.

Bientôt, en même temps que le droit à la vie paraissait imprescriptible pour l'enfant, le secours à la mère s'imposa comme une obligation impérieuse, et avec un sentiment plus précis et plus complet des lois de l'humanité, on s'efforça de faire bénéficier la femme de nouveaux procédés opératoires, permettant de la délivrer promptement et sûrement, en face de dangers de mort la menaçant, pendant la grossesse ou le travail ; ce fut l'*ère de l'accouchement forcé*, qui apparut comme un moyen, sinon souverain, du moins héroïque ; les déboires, quant à la survie des mères ou des enfants, furent si considérables que la méthode fut condamnée et abandonnée.

Ces déboires, ces revers, il faut le reconnaître, s'expliquent facilement aujourd'hui par l'absence des soins antiseptiques, et par les conditions graves où se trouvaient les femmes, lorsqu'on avait recours à cette méthode ; le plus souvent, en effet, on n'intervenait qu'en désespoir de cause, en face d'accidents ultimes ; c'était l'*ultima ratio*.

Actuellement, nous voyons renaître sous une forme différente, et une appellation spéciale une méthode qui n'a que la figure de l'accouchement forcé, nous voulons parler de l'*accouchement rapide* ou plus exactement de la *dilatation rapide* ; il importe, en effet, de ne pas confondre l'accouchement forcé avec la dilatation forcée, car ce sont là deux actes, deux opérations entièrement différentes : *dilatation forcée n'est donc pas synonyme d'extraction forcée ;* c'est pour ne pas avoir fait une distinction suffisante entre ces deux termes que subsistent encore beaucoup de discussions et de malentendus.

Par contre, entre dilatation accélérée, rapide ou forcée, il n'y aura pour ainsi dire qu'une question de durée, presque une question de mots, car on ira nécessairement plus ou moins fort, quand on devra aller vite ; la rapidité exigera toujours plus ou moins l'emploi de la force, que l'on s'adresse à la méthode manuelle ou instrumentale pour dilater le col de l'utérus.

Passer en revue les différents moyens dont l'accoucheur dispose actuellement pour aller vite et sûrement, poser les indications qui peuvent l'obliger à recourir à la voie naturelle et rapide, discuter enfin les avantages ou les inconvénients inhérents à chaque procédé, tel est le but que nous nous sommes proposé dans ce livre qui a été écrit pour ceux qui, dans le courant de leur pratique, se trouveront en face d'accidents menaçant la vie de la femme, pendant la grossesse ou le travail.

Nous estimons que notre tâche aura été heureusement remplie si le lecteur trouve que ces pages, écrites avec une entière bonne foi, comportent un enseignement, ou du moins, méritent de fixer un instant son attention.

---

# DE LA DILATATION
## RAPIDE ET FORCÉE
# DU COL DE L'UTÉRUS
## PENDANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL

## CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

### DIVISION DU SUJET

Voulant limiter notre étude à l'exposé des moyens *rapides* pour produire la dilatation du col de l'utérus gravide, nous laisserons volontairement de côté tous les moyens doux, lents et inconstants ; nous ne nous occuperons donc pas des moyens proposés, ou employés pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel, en face d'une sténose pelvienne ; dans les cas où le bassin est rétréci, la *question de rapidité* ne se pose en effet en aucune manière ; nous laisserons également de côté les cas de dilatation utérine pour rétention placentaire abortive, compliquée ou non d'accidents.

Quoique, dans des cas exceptionnels, l'évacuation rapide de l'utérus puisse s'imposer pendant tout le cours de la grossesse, c'est-à-dire quel que soit son âge, nous n'envisagerons les conditions, et les indications de la dilatation rapide du col utérin, qu'à partir du septième mois, époque où le fœtus est considéré comme viable ; ces cas sont, en effet, les plus nombreux, car il faut bien reconnaître que rarement avant cette époque apparaîtront des accidents d'une gravité réellement menaçante pour la mère ; dans les cas exceptionnels, où l'intérêt de l'enfant ne peut entrer en ligne

de compte, en raison de sa non-viabilité, il ne s'agit plus d'un accouchement, mais d'un avortement rapide, appelé encore chirurgical.

Les cas de grossesse compliquée de cancer ou de fibromes siégeant sur le segment inférieur ou sur le col de l'utérus, ne nous arrêterons pas davantage, et nous supposerons que, dans tous les cas que nous étudierons, la filière pelvi-génitale présente ses caractères normaux.

La pensée dominante, sinon directrice de la dilatation rapide du col de l'utérus gravide, réside toute entière dans le désir d'agir le plus vite possible, pour essayer de sauver les deux existences, celle de la mère et celle de l'enfant, ou tout au moins de mettre un terme aux accidents, pour ainsi dire aigus, qui menacent la mère par le fait même de sa grossesse.

Quels que soient les procédés employés pour dilater rapidement le col de l'utérus, les chances de succès seront d'autant plus grandes qu'on aura affaire à une multipare, et surtout à une grande multipare; la primiparité, en effet, constituera toujours une situation spéciale et plus difficile : il en sera de même pour l'âge de la grossesse, les résultats changeant du tout au tout, suivant qu'on aura à intervenir dans le courant du septième mois ou près du terme ; enfin, pendant le cours du travail, on se trouvera encore dans des conditions particulières, suivant que le travail sera plus ou moins avancé.

Primiparité ou multiparité, grossesse ou travail seront autant de facteurs qui feront varier les conditions du problème, et donneront des solutions différentes.

Mais il y a plus encore ; l'état de la femme jouant un rôle capital dans la question qui nous occupe, nous devrons envisager la situation selon que la femme, enceinte ou en travail sera vivante, agonisante ou morte.

---

# CHAPITRE PREMIER

## DES DIFFÉRENTES MÉTHODES EMPLOYÉES POUR PROCÉDER A LA DILATATION ARTIFICIELLE ET RAPIDE DU COL DE L'UTÉRUS PENDANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL

A. *Méthode manuelle ;*
B. *Méthode instrumentale ;*
C. *Méthode chirurgicale.*

### *A.* — MÉTHODE MANUELLE

1° Accouchement forcé ;
2° Dilatation forcée ou méthodiquement rapide.

### 1° Accouchement forcé.

La main, organe souple, agile, sensible a été le premier moyen préconisé et employé pour dilater le col utérin, au cours de la grossesse et pendant le travail ; on peut, en effet, avec la main procéder avec autant de célérité qu'il est possible, pour ainsi dire, et l'on peut, à son gré, exagérer la force ou la diminuer.

C'est à la main qu'ont eu recours les premiers accoucheurs qui songèrent à pratiquer artificiellement et rapidement l'extraction du fœtus chez la femme enceinte ou en travail, aux prises avec des accidents menaçant son existence ; la méthode fut d'abord violente, aussi les anciens accoucheurs n'y avaient-ils recours qu'en cas de force majeure, et pour ainsi dire en désespoir de cause ; ils pénétraient dans l'utérus par effraction, par violence, en se rendant bien compte de la gravité de leur intervention ; entre

deux maux ils choisissaient celui qui leur paraissait être le moindre ; ce fut l'époque de l'accouchement forcé qui, ainsi que son nom l'indique, consiste à faire appel à la violence, d'autant plus douloureusement et laborieusement que le chloroforme n'existait pas ; la femme mourait le plus souvent avant que l'opération ne fut terminée, ou sitôt après l'extraction du fœtus.

Ce fut Guillemeau, au XVII^e siècle, qui paraît avoir pratiqué le premier l'accouchement forcé en ayant recours à la méthode manuelle, mais il est certain qu'auparavant il avait entendu son maître Ambroise Paré préconiser ce moyen en tant que méthode.

Guillemeau fut assez heureux pour sauver, par cette méthode, la fille même d'Ambroise Paré, alors qu'elle était sur le point de succomber au cours d'une hémorragie par insertion vicieuse du placenta.

Non seulement il préconise et pratique la méthode, mais encore il en décrit le manuel opératoire : « Le chirurgien coulera sa main oincte entre les lèvres de la matrice, et dedans le conduit d'icelles, afin d'ostre tous les grumeaux de sang qui pourraient être contenus dans i celuy ; considérera si le col intérieur de la matrice est suffisamment dilaté pour y mettre la main, et tourner l'enfant, s'il en est besoin ; et, où, ledit col ne serait dilaté assez, le plus doucement qu'il pourra, le graissera de toutes parts, avec beurre ou pommade, et petit à petit le dilatant, introduira la main dedans ; si les eaux ne sont pas percées, ne fera aucune difficulté de les percer. »

Vers la même époque, une sage-femme, Louise Bourgeois, dans ses observations diverses décrivit l'accouchement forcé comme une méthode à employer dans les pertes de sang survenues pendant l'accouchement, mais il n'est pas douteux, en se reportant auxdites observations publiées, que la priorité doit en revenir entièrement à Guillemeau qui dès 1599 recourut à l'accouchement forcé dans un cas d'insertion vicieuse du placenta ; Louise Bourgeois avait vu opérer

Guillemeau, aussi est-ce bien à tort que Mme Boivin essaie de contester le droit de priorité du célèbre accoucheur du XVIIe siècle.

Il est à peu près certain que les accoucheurs du XVIIe siècle et du commencement du XVIIIe siècle n'eurent recours à la méthode manuelle que lorsqu'il y avait déjà un commencement de travail, mais il est regrettable de ne pas trouver plus de détails sur la description du procédé ; c'est ainsi qu'il n'est fait mention nulle part de la durée nécessaire pour forcer le col.

Bientôt, les accoucheurs, qui suivirent et imitèrent la conduite de Guillemeau, n'apportèrent ni sa prudence ni sa lenteur; on dépassa le but, tant il semblait que le succès devait appartenir au plus audacieux, au plus violent; ce fut le contraire qui arriva, et les désastres furent si nombreux que Mauriceau éleva sa voix autorisée, pour recommander de ne pas user de violence, tout en allant aussi vite que possible, précepte bien difficile à suivre, car la rapidité ne peut guère se concilier avec la douceur.

Il est certain, en effet, qu'en face d'un accident grave menaçant rapidement les jours de la mère, on sera toujours tenté et exposé, en pratiquant manuellement l'accouchement forcé, à dépasser la mesure, et d'user de violence, rien n'étant plus difficile, comme la dit Mme Lachapelle, que de faire marcher l'emploi de la force.

Bientôt du reste, après les avis de Portal, Peu, Levret, l'accouchement forcé fut peu à peu abandonné; en effet, à part quelques succès d'autant plus retentissants quils étaient plus rares, les résultats étaient désastreux pour les mères et pour les enfants; le contraire eut été étonnant, et les insuccès s'expliquent aisément aujourd'hui, si l'on songe aux conditions toujours graves où se trouvaient les parturientes exposées à des traumatismes résultant inévitablement de l'emploi d'une force aveugle, en l'absence de toute antisepsie.

Pourtant, le principe de la méthode restait acquis, et

quelques accoucheurs de la période moderne essayèrent à plusieurs reprises de la faire revivre, en la faisant bénéficier de nouvelles découvertes, et en appliquant les règles d'une véritable thérapeutique obstétricale.

Nous avons dit, en effet, que les accoucheurs, qui au XVII^e siècle avaient recours à l'accouchement forcé par la méthode manuelle, s'étaient montrés très sobres de renseignements sur la façon dont ils s'y prenaient pour forcer le col; il est vraisemblable qu'ils procédaient comme pour faire la version qui était, jusqu'à la découverte du forceps par Chamberlen, la seule méthode pour extraire rapidement le fœtus.

La main entière était introduite dans le vagin, les doigts cherchaient à forcer la résistance du canal cervico-utérin; le résultat n'était obtenu qu'au prix d'un grand effort, amenant un traumatisme d'autant plus fatal que l'introduction de la main dans l'utérus *était suivie* de *l'extraction immédiate du fœtus*, dont la tête mesure, à terme, 37 centimètres de circonférence; or, les recherches permettent d'établir que la main disposée en cône mesure en moyenne 21 à 22 centimètres au niveau de sa circonférence métacarpo-phalangienne, c'est-à-dire au niveau de ses plus grandes dimensions; une fois, en effet que cette circonférence métacarpo-phalangienne a franchi la résistance du col, la main se trouve, pour ainsi dire, libre dans la cavité utérine, le col utérin glisse sur les os du carpe, et revient forcément un peu sur lui-même, à la manière d'un anneau en caoutchouc forcé ou surdistendu. Si donc il suffit de produire avec la main une dilatation de 22 centimètres de circonférence, c'est-à-dire de 7 centimètres et demi de diamètre pour pénétrer dans la cavité utérine, l'on voit qu'il sera impossible d'extraire à travers le col ainsi dilaté une tête fœtale dont la circonférence mesure 37 centimètres.

On conçoit donc aisément comment la méthode de la dilatation forcée suivie de l'extraction *immédiate* du fœtus devait apporter de déboires, et amener de désastres; aussi, voyons-

nous Puzos, Peu, Portal Deleurye conseiller, après avoir franchi le col avec la main, d'amener un pied du fœtus à la vulve pour procéder, plus tard, et dans un second temps, à son extraction ; le conseil est évidemment judicieux ; il éloigne les chances de traumatismes, mais certains accidents qui motivent l'accouchement forcé n'en persistent pas moins, comme les attaques d'éclampsie, les accès de cyanose, etc. Les anciens accoucheurs qui pratiquaient l'accouchement forcé, avaient si bien reconnu la gravité d'une pareille méthode, qu'ils n'y avaient recours que dans les cas désespérés, alors que toute autre intervention semblait impossible, ou avait été reconnue inefficace ; la femme paraissait irrémédiablement perdue, si elle n'était sur-le-champ débarrassée du produit de conception ; quand on songe qu'à cette époque, il n'y avait ni anesthésie, ni antisepsie, on ne peut s'étonner des revers qui frappèrent cette méthode, et il y a plutôt lieu de s'étonner qu'elle ait pu donner quelques succès.

Jusqu'à Puzos, les accoucheurs ne recoururent à cette méthode que dans les cas où le travail était commencé, surtout en cas d'hémorragie par insertion vicieuse du placenta, alors qu'il y a toujours un certain degré de dilatation du canal cervico-utérin. Ne pouvant, encore aujourd'hui, préciser le temps qui sera nécessaire pour forcer, avec la main entière, le canal cervico-utérin d'une primipare, non en travail, on s'est demandé, si dans de telles conditions, ce résultat pouvait être atteint, sans produire un choc ou un traumatisme qui soit compatible avec la survie de la femme.

Frappé de cette impossibilité ou de ces difficultés, Puzos, cet esprit si sage, ce clinicien si consommé, tout en pratiquant la dilatation du col, lors d'hémorragies par insertion vicieuse, chercha surtout à amener la déplétion de l'utérus *en rompant les membranes*.

« Il faut introduire un ou plusieurs doigts dans l'orifice, avec lesquels on travaille à l'écarter par des degrés de force

proportionnée à la résistance; cet *écartement gradué* interrompu par des repos fait naître les douleurs, met la matrice en action, et l'un et l'autre font gonfler les membranes qui contiennent les eaux de l'enfant; l'attention, pour lors, doit être d'*ouvrir les membranes* le plus tôt qu'on peut pour procurer l'écoulement des eaux, parce que leur écoulement diminue déjà l'écartement de la matrice, et lui permet de se rétracter davantage. »

On voit combien déjà en 1750 on était loin de l'accouchement forcé qui fut sinon oublié du moins de plus en plus abandonné sur la femme vivante.

Nous verrons plus loin que cette méthode a été reprise de nos jours, avec cette seule différence que la main fut remplacée par des ballons.

L'observation de Rigaudeaux (1745) ayant trait à une *femme morte*, qui fut accouchée par les voies naturelles, en pratiquant la dilatation forcée du col, ne peut servir d'enseignement, car les conditions physiologiques du côté de l'utérus sont entièrement différentes de celles qui existent chez la femme vivante.

Quoi qu'il en soit, la méthode avait un fond de vrai, et reposait sur un principe indiscutable, à savoir la nécessité, en certains cas bien définis, en face d'accidents urgents et graves, de terminer, le plus rapidement possible par les voies naturelles, l'accouchement qui devait donner à la mère et à l'enfant, le maximum de chances de survie.

Dès lors, on songea à conserver le principe de la méthode en modifiant un procédé d'où devaient être bannies la violence et la brutalité; à l'*accouchement forcé* succède *la dilatation manuelle, accélérée, méthodiquement rapide ou forcée.*

## 2° Dilatation accélérée, méthodiquement rapide ou forcée.

*A*. Procédé de Rizzoli (1833-1834). — Ce fut Rizzoli qui, le premier, décrivit une méthode de dilatation manuelle

pour accoucher les femmes enceintes par les voies naturelles ; il avait surtout pour but de substituer l'accouchement instantané à l'opération césarienne, de crainte de pratiquer cette opération, presque toujours fatale à cette époque, sur une femme en état de mort apparente.

*Description du mode opératoire.* — Après avoir fixé le fond de l'utérus de la main gauche, l'accoucheur glisse sa main droite disposée en cône dans le vagin, de façon à introduire l'index dans l'orifice du col qui doit être *entièrement* franchi ; dès que la voie est suffisante, il y glisse successivement le médius, et agissant à la manière d'une pince, il dilate l'orifice jusqu'à ce qu'il puisse introduire les cinq doigts réunis en cône.

La main ainsi disposée ne mesure dans sa circonférence métacarpo-phalangienne que 23 centimètres, et peut être alors poussée à fond pour aller saisir les pieds du fœtus ; à ce moment, Rizzoli qui préconise sa méthode pour terminer l'accouchement, conseille de pratiquer la version, c'est-à-dire de faire l'extraction, ou d'appliquer le forceps ; c'était, en somme un type d'accouchement forcé, qui donne, nous l'avons dit, de mauvais résultats; toutefois, il est juste de reconnaître que Rizzoli ne conseille de recourir à ce procédé que dans les cas où la femme est agonisante ou morte, dans le but exclusif, pour ainsi dire de sauver l'enfant; nous verrons plus loin combien il est difficile, ou même impossible de se prononcer sur l'état de la mère, au point de vue de l'agonie ou de la mort réelle.

Plus tard, en 1878, le Dr Thevenot, imitant cette méthode, conseilla dans les cas analogues, de substituer l'accouchement artificiel par les voies naturelles à l'opération césarienne *post mortem;* il montra que dans la période agonique, le col se laisse très facilement, et très rapidement dilater, et que cette voie est plus facile, plus expéditive que la voie haute ou section césarienne, qui nécessite plus de soins, plus d'outillage, plus d'aides ; en outre, on évite, en procédant ainsi, le danger de pratiquer une section césarienne chez

une femme seulement en état de mort apparente, et qui aurait pu être ranimée, après l'extraction du fœtus, ainsi que quelques observations en démontrent la possibilité; pour cet auteur, donc, la crainte d'ouvrir le ventre d'une parturiente seulement en état agonique, mais non fatalement vouée à la mort, doit faire donner la préférence à l'extraction manuelle forcée; il est évident qu'en pareils cas, les chances de survie du fœtus sont très minimes car, ainsi que nous le montrerons, le plus souvent le fœtus succombe avant la mère; cette manière de faire ne pourra donner de résultats heureux que dans les cas où l'on a la conviction que les accidents immédiatement menaçants cesseront ou s'amenderont, sitôt après l'extraction du produit de conception.

Procédé de Harris. — Harris (de Paterson) décrivit méthodiquement un procédé manuel rapide pour dilater le col utérin d'une femme enceinte ou en travail.

Pour pratiquer cette dilatation manuelle, il est indispensable de pouvoir introduire dans la cavité cervicale l'index jusqu'à son plus large diamètre; il s'agit donc au début d'une dilatation *exclusivement mono-digitale*, aussi ce procédé ne peut-il être employé que chez une multipare ou une primipare se trouvant près du terme.

La méthode sera d'autant plus efficace, les résultats seront d'autant plus brillants et rapides que la femme présentera un *début de travail*, néanmoins, elle pourra encore trouver ses indications chez une multipare près du terme, en l'absence de tout début de travail.

*Description du procédé de Harris.* — L'index, introduit à fond dans le canal cervical, est ensuite retiré jusqu'à ce que la dernière phalange seulement soit à l'entrée du col; on peut alors, généralement à ce moment, introduire le pouce à côté de l'index.

Quand les extrémités de l'index et du pouce sont ainsi placées dans l'anneau, le second doigt (médius) est fortement recourbé dans le vagin; l'index et l'annulaire mis l'un

contre l'autre forment une sorte d'encoche, d'où l'anneau formé par le col utérin ne pourra facilement sortir; cette manœuvre est la *première position digitale de la dilatation.* Le pouce qui repose le long de l'index se trouve alors porté en avant, aussi loin que le permet la dimension du col ; une dilatation considérable peut être ainsi obtenue en continuant ce mouvement du pouce.

On obtient une dilatation bien plus grande en maintenant le pouce immobile sur l'index, et en accomplissant le mouvement par la *flexion simultanée de l'index et du deuxième doigt ;* en progressant lentement, on glisse l'index et le deuxième doigt, ce qui permet au pouce d'avancer ; on replace alors le pouce contre l'index ; dans cette position on garde toujours un point d'appui, et la flexion de l'index et du deuxième doigt continuent la dilatation.

Au bout de quelque temps, en étend de nouveau les doigts, ce qui permet au pouce de se porter toujours en avant vers l'articulation métacarpo-phalangienne, puis le maintenant fortement sur l'index, on renouvelle la flexion de l'index et du deuxième doigt.

Lorsque les flexions ont été faites d'une manière régulière on peut alors passer le pouce, l'index et le médius ; c'est la deuxième position.

Pendant toute cette période, la position du premier doigt par rapport au pouce n'a pas changé ; le col qui entoure le pouce et les deux premiers doigts repose sur la face dorsale du troisième (annulaire), comme il reposait sur celle du deuxième doigt, dans la première position.

La force que l'on possède pour dilater provient de l'immobilité du pouce sur le premier doigt, tandis que la pression est obtenue en courbant l'index, le second et le troisième doigts ; au bout de peu de temps, la dilatation est suffisante pour livrer passage au troisième doigt ; c'est la troisième position.

Le col toujours suspendu au-dessus du pouce, a maintenant son point de pression entre le troisième doigt et la face

latéro-dorsale du quatrième ; on continue alors les *flexions avec tous les doigts ;* bientôt on peut introduire le pouce et les quatre doigts ; c'est la quatrième position.

Ici encore la dilatation s'obtient par les flexions des doigts, quoique l'index et le second doigt soient plus courbés que le troisième et le quatrième.

La limite de la dilatation dans la quatrième position pour une main mesurant 20 centimètres au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne est de 23 centimètres de circonférence, ce qui est à peine suffisant pour l'introduction de la main toute entière.

Il faut donc avoir recours à la cinquième position dans laquelle le col entoure les premières phalanges des doigts, et la seconde ou dernière phalange du pouce.

Le mouvement que réclame cette cinquième position est l'*extension du pouce et de tous les doigts*, mais en recourbant en même temps l'extrémité des doigts pour diminuer leur empiètement sur la paroi intra-utérine.

En somme, la méthode de Harris, dont la description est plus compliquée que l'exécution, se résume à pratiquer la dilatation du col en introduisant un à un les doigts à côté du pouce fléchi, qui sert de point d'appui ; la dilatation est obtenue par la *flexion lente et continue des doigts* successivement introduits, de telle sorte que la main, une fois introduite dans le col, est dans la *même attitude* que lorsqu'on veut *prendre mesure pour essayer un gant*.

Le col est dilaté *in situ* tandis que l'empiétement à l'intérieur de l'utérus est réduit au minimum, en recourbant l'extrémité des doigts dans toutes les positions.

Harris se montre donc partisan de la dilatation forcée, et l'adversaire de l'accouchement forcé, car la circonférence métacarpo-phalangienne est de 27 centimètres lorsque les doigts sont fléchis tandis qu'elle n'est que de 21 centimètres lorsqu'ils sont étendus (la main en cône).

L'auteur rapporte une série de 15 cas où il a employé sa

méthode qui nécessite un temps n'excédant pas seize à vingt-deux minutes de durée.

Il n'a eu qu'un échec sur 9 cas d'insertion vicieuse du placenta ; deux fois, il eut recours à son procédé pour des crises d'éclampsie, six fois pour des présentations de l'épaule.

Procédé du Dr Bonnaire ou méthode bi-manuelle. — Rizzoli constatant l'impossibilité de déterminer l'instant précis de la mort et voulant, avant tout, éviter de pratiquer l'opération césarienne sur une femme seulement en état de mort apparente, n'avait recours qu'à la dilatation manuelle, la parturiente étant agonisante ou morte ; Harris, au contraire, plus hardi, veut étendre le bénéfice de la méthode à la parturiente lorsque son existence est gravement et rapidement compromise par des accidents survenant au cours de la grossesse ou en travail ; lui aussi, se montre l'adversaire de l'opération césarienne *post mortem* dont les résultats sont déplorables, ainsi qu'en témoigne la statistique de Heymann qui a pu réunir, de 1800 à 1832, 210 cas avec les résultats suivants :

Cent soixante échecs.

Trente-quatre enfants nés vivants, mais morts presque aussitôt ;

Dix enfants ayant survécu quelques heures ;

Quatre enfants sauvés ;

Deux enfants sur lesquels il n'y a pas de renseignements.

Jusqu'à ces derniers temps, les différents auteurs qui préconisèrent ou employèrent la dilatation manuelle ne se servaient que d'une main ; il faut arriver à 1894 pour voir défendre, sinon une autre méthode, du moins un autre procédé de dilatation manuelle.

En 1894 et 1897, le Dr Bonnaire décrivit en effet un procédé spécial dont le caractère distinctif est l'emploi simultané des deux mains, ou pour parler plus exactement de l'index de chaque main, disposée d'une façon particulière.

« *Description du procédé* [1]. — La femme anesthésiée profondément, est mise en position obstétricale.

« Dans la grossesse, lorsque le col est fermé à ses deux orifices — conditions exceptionnelles dans le cas de placentas prævia — on présente la pulpe de l'index à l'orifice externe, et on imprime au doigt un mouvement de vrille ; ce premier obstacle franchi, on aborde l'orifice interne, et on le fait céder de la même manière ; dès qu'elle a pénétré dans l'orifice interne, l'extrémité digitale déprime en tous sens le pourtour, par un véritable massage excentrique.

« Peu à peu, les mouvements de l'index deviennent plus aisés, et en même temps variables, selon qu'il s'agit d'une primipare ou d'une multipare, une place suffisante est faite pour l'introduction du second doigt.

« On glisse alors l'*index gauche à côté du droit, en ayant soin d'adosser les deux doigts sur toute leur étendue :* si le col est court, et mieux encore, s'il est en voie de dilatation, la mise en place des deux index sur l'orifice interne est des plus faciles ; s'il a au contraire conservé toute sa longueur, et si en même temps, il est haut situé, en raison du défaut d'engagement du fœtus, une petite manœuvre complémentaire est indispensable, pour amener les deux pulpes jusqu'à l'orifice interne : on fait abaisser le globe utérin par un aide ; on introduit les deux index dans le col aussi profondément que possible ; on prend appui sur les parois cervicales en les distendant en travers, et en même temps, on les entraîne par en bas.

« L'une après l'autre, les deux pulpes digitales glissent, par une sorte de reptation, à la rencontre de l'orifice interne à mesure que celui-ci est attiré vers elles, et elles finissent par prendre sur lui une assise solide.

« Dès lors, ces deux doigts vont jouer le rôle d'une pince dont on écarterait les mors, et dont le pivot répondrait aux articulations métacarpo-phalangiennes adossées l'une à

[1] *Presse médicale*, 14 août 1897.

l'autre. La force est exclusivement déployée par les fléchisseurs des doigts ; les lèvres du col, déprimées en des points diamétralement opposés, prennent la forme d'une boutonnière ; on déplace les doigts en différentes directions, de façon à masser et distendre les parois du col en tous sens.

« La pression digitale doit être lente, soutenue, et sans à-coups ; elle doit être progressive autant que le permettent la vigueur de l'opérateur, et la résistance des tissus ; c'est bien plutôt par la continuité de l'effort que par son énergie qu'on arrive à faire céder le sphincter cervical; on doit le fatiguer, et non pas le violenter ; au cas où la pulpe des doigts perçoit de petits craquements dans l'intimité des tissus, ce qui indique la rupture interstitielle de quelques fibres musculaires, il convient de modérer légèrement l'effort, et de changer ses points d'application.

« L'orifice s'élargissant, bientôt le médius peut prendre place à côté de l'index de la main droite ; les trois doigts, adossés deux à deux, continuent le même travail jusqu'à ce que le médius de la main gauche puisse pénétrer à son tour ; le col est distendu dès lors par quatre doigts, appuyant deux à droite, deux à gauche ; le déploiement de force devient plus considérable et en même temps moins fatigant. On continue ainsi, jusqu'à ce que l'auriculaire de l'une, puis de l'autre main, puissent être introduits à côté des autres doigts. A partir de ce moment, les deux mains ont une prise assez solide sur le col pour en achever la dilatation ; toujours adossées par les articulations métacarpo-phalangiennes, elles écartent les lèvres du col, en agissant successivement dans la direction des divers diamètres du bassin. Dès que les doigts peuvent les amener simultanément en contact avec les parois opposées du bassin, la dilatation est aussi complète que possible. »

D'après le Dr Bonnaire, ce procédé, mieux que tout autre, permettrait de déployer une force considérable sans se départir de la plus grande douceur. Force et douceur, telle serait la caractéristique de cette méthode bi-manuelle.

## *B.* — MÉTHODE INSTRUMENTALE

L'idée de recourir à des instruments spéciaux pour dilater le col utérin a dû germer de tout temps dans l'esprit de l'accoucheur, en face de ces cas, où la nécessité de délivrer aussi vite que possible une parturiente venait à s'imposer ; un des premiers instruments employés à cet effet fut le forceps détourné de son but qui est l'extraction, à la dilatation complète, du fœtus saisi par la tête. S'il était nécessaire d'établir le bien fondé de notre affirmation, nous n'aurions qu'à rappeler la construction de forceps à petites cuillers étroites, permettant l'introduction de l'instrument dans l'utérus, alors que l'orifice était incomplètement dilaté.

Le forceps, employé comme agent de dilatation, est un instrument désastreux; il est inutile, aujourd'hui, de s'appesantir sur ce point ; s'il est efficace, il ne peut l'être qu'au prix de délabrements énormes, de déchirures considérables, qui ouvrent la porte à l'infection, ou peuvent être le point de départ d'hémorragies souvent mortelles.

De tous les dilatateurs mécaniques, le forceps est le plus dangereux ; employé comme agent mécanique de dilatation forcée, le forceps est le pire des instruments; manié avec prudence, il est inefficace, manié avec force, il est désastreux.

La dilatation rapide ou forcée du col se produit, en effet, plus facilement de dehors en dedans que de dedans en dehors, c'est-à-dire en cherchant à pénétrer dans l'utérus plutôt qu'en cherchant à en sortir : avoir pu introduire successivement les deux branches d'un forceps à travers un orifice incomplètement dilaté, avoir pu saisir la tête fœtale, et articuler les deux branches ne signifie pas du tout qu'on pourra amener le fœtus au dehors : c'est même le contraire qui arrive et l'on voit sous l'influence des tractions, le col venir faire saillie au dehors de la vulve, les bords de l'orifice se tendre, sans s'amincir, et se distendre jusqu'au moment

où se produisent des déchirures ; l'accouchement n'est possible qu'au prix d'un délabrement, dont l'étendue ne peut être ni limitée, ni prévue ; le traumatisme, en pareil cas, est pire qu'en faisant l'accouchement forcé par la dilatation manuelle.

Il faut être absolument pénétré de la réalité de ces faits, si l'on ne veut s'exposer aux plus grands désastres, et il faut savoir résister à la tentation qui vous ferait recourir à une pareille conduite, tentation souvent violente, en face de ces cas, où la délivrance immédiate d'une femme en travail semble devoir mettre un terme aux accidents graves qui menacent son existence ou celle de l'enfant.

En face de pareils méfaits, très vite reconnus, les accoucheurs tout en cherchant à aller vite, se sont adressés à des instruments d'une action plus douce, ou tout au moins plus réglée, c'est-à-dire à des instruments capables de lasser la tonicité musculaire, et de vaincre, par une action continue et prolongée, la résistance du canal cervico-utérin.

Les instruments de douceur sont représentés par des *ballons*, les instruments de *force* par des dilatateurs mécaniques dont le nombre est bien plus considérable qu'on ne se le figure, puisque pour le dire en passant, depuis la description de l'instrument de Bossi, plus de cent modèles de dilatateurs ont été préconisés ou présentés.

## Ballons dilatateurs.

Les ballons se distinguent en deux catégories bien différentes suivant qu'ils sont *extensibles* ou *inextensibles* ; les premiers sont en caoutchouc, les seconds en tissu caoutchouté qui, inextensible, n'est pas susceptible de modifier la forme prévue, ni de se dilater au delà d'une capacité déterminée ; il sera donc nécessaire d'avoir un jeu varié et gradué, quant à leurs dimensions et capacité.

Nous ne nous occuperons que des ballons *excito-dilatateurs* et non des *ballons exclusivement excitateurs*, qui ne

peuvent rendre aucun service pour les cas spéciaux que nous avons en vue, où la rapidité domine toute la question, que le col utérin soit normal ou en état de rigidité.

Dans la pratique obstétricale courante on a recours aux ballons, moins pour produire une dilatation rapide de l'orifice que pour arrêter une hémorragie due à une insertion basse du placenta ; le ballon fait l'office d'un tampon plutôt que d'un véritable dilatateur, au moins comme l'emploient la plupart des accoucheurs français qui cherchent plutôt un agent excito-dilatateur, permettant de terminer l'accouchement en un temps variable et *indéterminé*.

La question, aujourd'hui, ne se pose plus tout à fait comme il y a dix ans, car il s'agit de savoir, si nous possédons à l'heure actuelle, en dehors de la dilatation manuelle, des instruments inoffensifs et capables, soit de dilater le col utérin, lorsqu'il y a nécessité absolue d'extraire rapidement le fœtus, soit de vaincre la résistance du col, en état de rigidité; le problème est en quelque sorte double, car il n'y a aucune analogie entre la dilatation rapide d'un col sain normal, et la dilatation rapide d'un col rigide.

Lorsque le col sain, se présente avec ses modifications physiologiques, et en particulier son ramollissement normal, on peut dire que le problème de la dilatation offre des conditions, sinon simples, du moins simplifiées.

Quel que soit l'instrument employé, on pourra arriver plus ou moins facilement, et surtout plus ou moins rapidement à dilater le canal cervico-utérin suffisamment pour introduire la main dans l'utérus, et aller chercher un pied ; la *durée seule* variera suivant l'instrument employé, or nous savons que, pour certains cas précis, cette question de durée constitue tout le problème, et que les résultats varieront du tout au tout suivant qu'on aura pu aller plus ou moins vite ; toutes choses égales d'ailleurs, ces résultats varieront toujours suivant que la parturiente sera primipare ou multipare, suivant qu'elle sera ou non en travail ; il y a en effet, quelques multipares chez lesquelles le col est si souple, l'ori-

fice si dilatable que *dès le début du travail* on pourrait, sous l'anesthésie chloroformique, pénétrer d'*emblée*, pour ainsi dire, dans la cavité utérine ; par suite, lorsque le col utérin présentera de l'œdème, un état marqué de rigidité, le problème sera tout différent, et les difficultés seront si grandes parfois, que l'instrumentation devra présenter des caractères spéciaux ; mais dans ces cas, la dilatation ne sera jamais obtenue très rapidement ; elle pourra être plus ou moins accélérée, rarement elle pourra être rapide ou forcée ?

Les premiers ballons qui furent employés en obstétrique avaient pour but, soit de combattre une hémorragie (ballon-tampon) soit d'éveiller des contractions utérines pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel ; nous ne citerons que les sacs violon de Barnes, le ballon de Chassagny, l'appareil du professeur Tarnier, les ballons de Gariel, du Dr Champetier; ces ballons de forme, de dimensions variables sont en caoutchouc, en baudruche, en vessie de porc.

Les seuls ballons qui nous intéressent, parce qu'ils sont seuls capables de produire plus ou moins rapidement la dilatation du col utérin sont ces ballons inextensibles, fabriqués avec de la soie recouverte d'une couche de caoutchouc leur permettant de rester distendus après l'injection d'une quantité plus ou moins considérable d'eau.

Ballon du Dr Champetier. — Primitivement imaginé pour provoquer artificiellement l'accouchement prématuré, son application dans la suite, fut étendue aux cas d'hémorragies par insertion vicieuse du placenta ; plus tard, en modifiant les dimensions des ballons, c'est-à-dire en construisant une série de ballons de grosseur variable, on put par ce procédé dilater plus ou moins rapidement l'orifice du col, mais le *modus faciendi* est assez différent ; en effet, dans les cas où le ballon, est employé pour provoquer le travail, ou arrêter une hémorragie par insertion vicieuse, il faut le laisser en

place, une fois introduit et distendu au maximum, jusqu'à ce que se produise son expulsion spontanée, bientôt suivie de celle du fœtus comme dans un cas d'accouchement gémellaire ; au contraire, si l'on s'adresse à ce procédé pour provoquer une dilatation accélérée *ou forcée* on introduit successivement des ballons de plus en plus volumineux et on exerce à leur extrémité des *tractions continues*, soit avec la main, soit en attachant des poids; on peut encore, si la dilatation de l'orifice est suffisante, introduire d'emblée le plus gros ballon qu'on distend au maximum : après un temps variable, on retire une certaine quantité de liquide, 50 grammes par exemple, et par des tractions on l'engage au maximum dans le canal cervical : cela fait, on injecte à nouveau 100 à 150 grammes pour redistendre au maximum le ballon, tout en continuant les tractions sur le tube de caoutchouc.

C'est en 1888 que le D[r] Champetier donna la première description de son ballon; il n'avait alors qu'un seul modèle qui primitivement ne devait servir qu'à provoquer l'accouchement prématuré ; depuis cette époque, cet auteur fit construire une série graduée de ballons de grosseur différente.

Le ballon grand modèle a la forme d'un cône allongé, de 14 centimètres de hauteur, s'abouchant avec un tube de 1 centimètre de diamètre, et de 30 à 40 centimètres de large, vide et enserré dans une pince spéciale, dite porte-ballon, sa circonférence mesure 8 centimètres ce qui nécessite un commencement de dilatation.

Plein d'eau sa circonférence au niveau de la partie la plus large mesure 31 centimètres.

La partie inférieure du cône forme une portion rétrécie faisant corps avec le ballon, et allant en s'amincissant de plus en plus; l'axe de cette seconde portion ne correspond pas à celui de la partie supérieure, mais forme avec lui un angle obtus de 13 degrés environ, regardant en haut et en avant, quand l'appareil est placé et distendu par le liquide.

A sa distension maxima, la capacité du ballon est de 640 grammes, et il ne pourra franchir qu'un canal cervical mesurant 33 centimètres de circonférence ; contenant 540 grammes il franchira un canal cervical mesurant 27 centimètres ; contenant seulement 440 grammes, il sortira à travers un canal de 22 centimètres de circonférence.

Le manuel opératoire est assez simple, et ne nécessite pas de recourir à l'emploi du chloroforme.

Le ballon est brossé, savonné et aseptisé par l'immersion dans l'eau bouillie; il est alors roulé, et enserré par les cuillers d'une pince à deux branches représentant assez exactement un forceps en réduction, avec ses deux courbures; la pince mesure 27 centimètres de long et l'articulation se faisant comme celle d'une pince à faux germe, les deux branches peuvent être séparées et retirées isolément ; les branches enserrant le ballon sont maintenues rapprochées à la partie inférieure par un arrêt à crémaillère.

Le manuel opératoire, c'est-à-dire le placement du ballon dans la cavité utérine est trop connu aujourd'hui pour que nous insistions sur ce point, mais la conduite suivie après son introduction varie suivant les auteurs et le but qu'on se propose d'atteindre ; dans le cas qui nous occupe, c'est-à-dire lorsqu'on cherche à amener une dilatation aussi rapide que possible, on se comporte comme l'ont conseillé Schauta et Durrhsen lorsqu'ils ont recours au *colpeurynter*; on exerce alors sur l'extrémité du tube des tractions continues pour faire descendre de plus en plus le ballon, soit en retirant une certaine quantité de liquide, quitte à en injecter une nouvelle quantité, soit en introduisant successivement des ballons de plus en plus volumineux, ce qui nécessite alors une série d'opérations; on arrive ainsi à offrir au niveau du canal cervical des circonférences successives de plus en plus grandes allant de 7 centimètres à 33 centimètres.

Nous ferons remarquer de suite qu'avec ce procédé la force agissante se fait toujours sentir de dedans en dehors.

et de haut en bas, au point d'amener le col jusqu'à la vulve pour peu que les tractions soient un peu fortes ; or nous savons qu'avec cette manière de procéder, la dilatation est toujours plus longue, plus laborieuse qu'en agissant de dehors en dedans, et de bas en haut (dilatation manuelle) ou en agissant exclusivement sur les bords de la circonférence du col (dilatation mécanique).

Colpeurynter. — A l'étranger, en Allemagne particulièrement, le ballon du Dr Champetier est peu employé ; on lui préfère, en effet, un ballon spécial ou colpeurynter qui en diffère par sa forme, et surtout son extensibilité ; il est constitué par un sac de dimensions variables exclusivement en caoutchouc ; vide et replié sur lui-même il est moins volumineux que le ballon du Dr Champetier, mais comme celui-ci ne peut néanmoins être introduit dans les cas où l'orifice du col est fermé.

Une fois introduit et placé, on le gonfle soit avec de l'eau, soit avec de l'air.

Durrhsen en a donné la description suivante : on fait pénétrer dans le canal cervical le colpeurynter à l'aide d'une longue pince à pansement ; une fois en place, on le remplit d'eau jusqu'à ce qu'il atteigne le volume de la tête du fœtus, près d'un litre.

La caractéristique de la méthode est qu'on ne laisse pas le colpeurynter immobile ; on le tire modérément et petit à petit par en bas, jusqu'à ce qu'il soit descendu dans le vagin à travers le col dilaté.

L'emploi du colpeurynter pour dilater aussi vite que possible le canal cervico-utérin a été érigé en méthode en 1883 par Schauta ; cette façon spéciale de procéder a été le point de départ des modifications apportées par le Dr Champetier dans sa première technique, qui n'avait primitivement pour but que de provoquer le travail dans les cas où l'on voulait pratiquer l'accouchement prématuré artificiel : ce n'est que plus tard que son ballon, d'abord considéré comme

un agent *excito-dilatateur*, fut transformé en agent exclusivement *dilatateur*.

Ballon du Dr Boissard. — En 1894, nous avons fait construire un modèle spécial de ballon en modifiant la forme et la configuration du ballon du Dr Champetier; par une attache intérieure, le ballon prend sur sa face supérieure une forme creuse, en fond d'artichaut, ce qui supprime la forme conique, et s'oppose au refoulement, au déplacement de la tête fœtale qui expose aux procidences, et aux présentations vicieuses. Ce ballon est plus un agent excito-dilatateur qu'un véritable dilatateur, car restant au-dessus de l'orifice interne du col, il n'exerce pas directement son action dilatatrice sur les bords de l'orifice.

La technique opératoire ne varie pas, mais la pince porte-ballon est spéciale ; les cuillers concaves forment une double valve métallique, engainant complètement le ballon, dont l'introduction est ainsi rendue très facile ; on dirait une grosse bougie de Hegar creuse, coupée suivant sa longueur, et formant deux longues valves où est emboîté le ballon.

Écarteur du professeur Tarnier. — En 1888, le professeur Tarnier a imaginé un instrument spécial pour dilater le col de l'utérus, ou plutôt pour favoriser ou accélérer la dilatation ; dans la pensée de l'auteur, cet instrument était exclusivement destiné à hâter, et accélérer la dilatation, en cas de lenteur du travail, ou d'obstacles à la dilatation ; aussi Tarnier l'avait-il appelé accélérateur du travail ; plus tard, détourné de son but primitif, il fut employé pour provoquer le travail, ou pour dilater rapidement le canal cervical, d'où son nom d'écarteur.

L'instrument se compose de trois branches métalliques qui s'introduisent séparément, et s'articulent ensemble par emboîtement pour ne former qu'un seul système à branches divergentes ; chaque branche mesure 35 centimètres de lon-

gueur et présente en son milieu une coudure formant un angle très obtus.

Les extrémités des branches sont très différentes ; celles qui doivent rester en dehors ressemblent en petit à celles d'un forceps dont le manche recourbé en crochet forme une gorge très mousse regardant en dehors ; au contraire, les extrémités destinées à être placées dans l'utérus sont terminées par une ailette longue de 27 millimètres, large de 25 millimètres coudée en dehors à angle obtus ; les bords sont mousses, arrondis, de façon que l'ailette empiétant sur la face interne de l'utérus reste pour ainsi dire accrochée sur les bords de l'orifice qui doit se dilater.

La troisième branche, qui peut se placer, soit au-dessus, soit au-dessous des deux premières branches placées à plat de chaque côté, présente une courbure qui est plus rapprochée du crochet terminal ; en outre elle est pourvue au niveau de sa coudure d'une goupille mobile qui s'articule dans un trou foré dans l'entablure que présentent les deux autres branches qui, toujours parallèles, doivent s'articuler entre elles.

La mobilité de la goupille permet d'articuler en avançant ou en reculant plus ou moins l'ailette de cette troisième branche par rapport aux deux autres.

La partie active, ou agissante de l'instrument, est représentée par une série d'anneaux de caoutchouc enroulés sur les extrémités des branches terminées en crochet ; ces anneaux, dont la force est malheureusement impossible à apprécier exactement, forcent les extrémités en ailette à s'écarter, c'est-à-dire à dilater l'orifice du col.

Par le rapprochement des crochets on peut déduire le degré d'écartement des ailettes situées dans l'utérus ; l'écartement maximum des ailettes est atteint quand les manches ne sont plus séparées que par une distance de 10 à 15 millimères, c'est-à-dire quand elles sont presque en contact ; à ce moment, la dilatation du col est de 9 centimètres de diamètre.

L'écarteur du professeur Tarnier agit directement par une action mécanique, et produit une sorte de divulsion ; de plus, l'élasticité du caoutchouc, luttant continuellement contre la tonicité du muscle utérin, finit par la fatiguer, et la vaincre.

Pour faire usage de l'écarteur, il faut que l'orifice du col soit perméable, et nous dirons même que le *col soit effacé*, car s'il a encore de la longueur, son action sera très lente, sinon incertaine.

Le manuel opératoire, assez simple, est cependant un peu délicat, car il faut avoir la certitude que les ailettes sont bien au-dessus de l'orifice interne du col, et qu'elles y restent pendant toute la durée de la séance de dilatation, pour ne pas produire des lésions, des perforations du côté des culs-de-sac vaginaux ou du canal cervical.

Après avoir reconnu avec l'index de la main gauche l'état du col, sa situation, son degré de perméabilité, on introduit, et on place avec la main droite, une première branche, en ayant bien soin que l'ailette, après avoir pénétré dans le canal cervical, soit située au-dessus du bord supérieur de l'orifice, qui est accroché et maintenu par la coudure de l'ailette, qui doit alors regarder en dehors ; ce résultat est obtenu en faisant sur place un mouvement de rotation, sans pousser, ni tirer la branche qui est alors maintenue par un aide.

Ceci fait, on introduit la seconde branche qui est conduite et placée de la même façon, mais dans une situation symétrique, c'est-à-dire à l'autre extrémité du diamètre transverse.

On peut indifféremment commencer par l'une ou l'autre branche : une fois les deux branches placées, on les rapproche l'une de l'autre pour les articuler par emboîtement et on les maintient par un premier anneau de caoutchouc.

On procède alors de la même façon à l'introduction de la troisième branche, en s'assurant que les ailettes des autres branches n'ont pas dérapé : on place alors successivement plusieurs anneaux de caoutchouc.

Il ne faut pas espérer, comme l'ont pensé plusieurs auteurs, pouvoir produire avec cet instrument une dilatation très rapide, car on déterminerait plutôt une sorte de rigidité, de contracture ; il faut, en effet, plus compter sur l'action continue de la rétraction des anneaux de caoutchouc que sur une action exclusivement divulsive.

Essayer de produire brusquement la divulsion des bords de l'orifice par le rapprochement manuel et forcer des extrémités des branches constituera toujours une manœuvre dangereuse et le plus souvent inefficace, car il ne faut pas perdre de vue que l'écarteur du professeur Tarnier est plus un instrument de douceur qu'un instrument de force, d'où son nom primitif d'*accélérateur* du travail, qu'il aurait fallu lui conserver.

La mise en place des trois branches nous paraît sinon absolument nécessaire du moins très avantageuse, car il vaut mieux faire porter la force sur trois points que sur deux ; avec les trois branches, l'orifice du col prend la forme d'un triangle, avec deux, celle d'une fente ou boutonnière.

Appareil du Dr Bossi. — En 1896, le Dr Bossi, s'inspirant du dilatateur de Busch et de l'écarteur du professeur Tarnier, fit construire un instrument spécial dans le but de dilater rapidement, et nous dirons, violemment, le col de l'utérus de la femme enceinte, ou en travail.

Le dilatateur de Busch était, à l'origine, réservé exclusivement à la pratique gynécologique ; plus tard, il fit partie de l'arsenal obstétrical pour les cas où l'on voulait exciter et dilater le canal cervical ; ce dilatateur se présente sous la forme d'une longue pince courbe terminée par trois branches qui divergent lorsqu'on exerce des pressions à différentes reprises sur les branches ; terminé en pointe mousse, il ne doit pénétrer dans le canal cervical que sur une profondeur de 2 centimètres ; avec cet instrument la dilatation est limitée, et ne peut jamais être suffisante pour permettre l'extraction d'un fœtus à terme.

Le Dr Bossi a modifié plusieurs fois son instrument tout en restant fidèle à son idée première et à son principe ; son dernier modèle est légèrement courbe, assez léger et moins volumineux que le premier modèle qu'il avait fait construire ; son poids est de 870 grammes, sa longueur de 38 centimètres.

C'est un dilatateur à trois branches terminées par des ailettes, mais ces trois branches sont *réunies en un seul système* qui s'introduit d'emblée et en une seule fois : il faut donc, pour cela, que l'orifice du col présente une perméabilité notable : l'écartement des trois branches divergentes s'obtient *mécaniquement* par la mise en action d'une vis adaptée à l'extrémité de l'instrument.

Les trois branches coudées près de leurs extrémités affectent la forme d'une baïonnette, et sont munies d'une sorte de capuchon métallique, ou d'une rondelle de caoutchouc, qui permet d'atténuer l'attrition des parties molles sur lesquelles les branches vont avoir à exercer leur action.

Introduit fermé dans le canal cervical, sans les capuchons métalliques, et serré à bloc, sa circonférence est de 3 centimètres ; il peut donc être introduit dans le canal cervical chez la primipare non en travail et non à terme ; munie des capuchons métalliques, son extrémité cervico-utérine a un diamètre de 2,7 et une circonférence de 8,5.

En faisant jouer le volant ou la vis de torsion, on fait mouvoir une aiguille qui indique le degré de dilatation ; le cadran indicateur porte une échelle de divisions de 1 à 11.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Pour la | division | 1, | la circonférence est de . . . . . | 5,8 |
| — | — | 2, | — . . . . . | 8,6 |
| — | — | 3, | — . . . . . | 11,5 |
| — | — | 4, | — . . . . . | 14,3 |
| — | — | 5, | — . . . . . | 15,8 |
| — | — | 6, | — . . . . . | 18,8 |
| — | — | 7, | — . . . . . | 21,2 |
| — | — | 8, | — . . . . . | 25 |
| — | — | 9, | — . . . . . | 28,2 |
| — | — | 10, | — . . . . . | 31,5 |
| — | — | 11, | — . . . . . | 34,7 |

En un mot, il faut faire marcher l'aiguille jusqu'à la division 11 pour que la circonférence du col dilaté mesure 34,7.

Pour employer l'appareil du Dr Bossi, on place la femme en position obstétricale, et sur deux doigts introduits dans le vagin, on le conduit dans le canal cervical jusqu'à ce que les ailettes dépassent l'orifice interne; si les membranes sont intactes, il faut chercher à respecter leur intégrité.

Une fois l'instrument introduit et ainsi placé, on donne un tour de volant à la vis de pression, et l'on continue ainsi de nouveaux tours de vis, en allant plus ou moins vite, suivant les cas et les indications, en s'assurant au moyen du cadran gradué placé sur le corps de l'instrument du degré de dilatation obtenue.

Le Dr Bossi recommande formellement d'explorer avec deux doigts le vagin, et les bords de l'orifice pendant toute la durée de la dilatation, de façon à juger de l'état de ces parties, et de proportionner la force à la résistance ; chaque nouveau tour de vis ne sera *donné que dans l'intervalle* des contractions, et on devra aller d'autant plus lentement que la résistance du col sera plus grande ; il n'y a pas de col qui puisse résister à la force, et à la puissance dilatatrice de l'instrument, aussi faut-il serrer la vis, en surveillant toujours, avec deux doigts, le degré de tension du col ; c'est pour cette raison que le Dr Bossi repousse absolument les dilatateurs analogues avec quatre, cinq ou six branches, qui rendent impossible la surveillance des parties molles sur les doigts ; son dilatateur est un instrument de force, mais n'agit pas en aveugle, et il substitue, à l'accouchement manuel forcé, la dilatation mécanique forcée.

Employé pour provoquer l'accouchement prématuré, ou aller à la recherche d'un placenta emprisonné dans la cavité utérine, le col, revenu sur lui-même, étant contracturé, nous ne voulons envisager le dilatateur du Dr Bossi que comme moyen de dilater très rapidement le col en face d'accidents graves et immédiats : il est en effet le seul instrument

capable de vider l'utérus en état de grossesse par la voie naturelle en un temps qui ne pourrait être abrégé que par la section césarienne vaginale à la Durhssen (Pollak).

En France, le dilatateur du Dr Bossi a provoqué, dès son apparition, un sentiment de craintes, et soulevé un mouvement d'émotions, tant on est porté à bannir l'emploi de la force ; il est vrai qu'au moment de la première présentation, l'instrument, trop volumineux, avait quelque chose d'un peu effrayant pour nos yeux ; depuis, il a été heureusement modifié par l'auteur, et enfin, par-dessus tout, la question de l'accouchement rapide a été à nouveau agitée ; elle vaut donc la peine d'être reprise et discutée.

Jusqu'ici, l'instrument du Dr Bossi figure seulement dans quelques vitrines hospitalières, et le professeur Pinard tout en avouant ne pouvoir le juger, ne l'ayant jamais employé, conteste la réalité des indications qui pourraient justifier d'y avoir recours ; il en repousse donc formellement l'emploi dans les cas d'éclampsie, ou d'hémorragies par insertion vicieuse du placenta.

En Allemagne, l'instrument du Dr Bossi a été expérimenté avec des fortunes diverses ainsi qu'en témoignent les observations de Muller, Kaiser, Krommer et Knapp ; si Léopold a eu recours à ce procédé dans 17 cas, avec succès, par contre Zangemeister s'en est montré l'adversaire, et formule contre son emploi des critiques qui d'après lui, doivent le faire rejeter de la pratique obstétricale.

Rissmann et Bischoff, sans en rejeter formellement l'emploi, recommandent une grande prudence, et si Ahlfeld y a peu recours, c'est plutôt parce qu'il conteste que l'évacuation rapide de la matrice, dans les cas d'éclampsie, ait toujours une heureuse influence, en ce qui concerne l'intensité et la gravité des attaques convulsives.

La question est donc loin d'être résolue ; nous dirons même qu'elle commence seulement à être posée, et que l'expérimentation et les faits seuls pourront permettre d'asseoir un jugement définitif.

C. — MÉTHODE CHIRURGICALE

Tandis que toutes les méthodes que nous venons de passer en revue procèdent plus ou moins progressivement en cherchant autant que possible à ne pas produire de traumatismes ou de lésions, les procédés chirurgicaux ont pour but, au contraire, d'ouvrir rapidement la voie par la méthode sanglante : ce but est atteint par les incisions du col non dilaté, ou en état de rigidité.

Les incisions sont faites soit avec un bistouri courbe, boutonné. soit avec des ciseaux courbés en bec de corbin.

P. Dubois, Depaul, Tarnier avaient recours à des incisions multiples.

Pour pratiquer l'hystérotomie vaginale. on place le bistouri boutonné sur l'index conducteur et on coupe en sciant les bords de l'orifice.

Les incisions multiples, quatre à six. exposent moins aux déchirures consécutives qu'une seule incision ; elles ne doivent jamais dépasser 1 centimètre, et doivent, de préférence porter sur les parties latérales du col ; néanmoins, dans certains cas de rigidité, Tarnier admettait la nécessité d'inciser la lèvre antérieure et la lèvre postérieure, mais ces cas visaient surtout certains états pathologiques du col (cancer, etc.).

A côté de ces incisions multiples, très peu étendues pratiquées seulement sur un orifice déjà en voie de dilatation, les bords étant minces, il existe une autre méthode qui appartient à Duhrssen, méthode érigée pour ainsi dire en système pour pratiquer l'accouchement, ce sont les *incisions profondes*.

Duhrssen conseille, en effet, de pratiquer sur l'orifice cervical de deux à six sections s'étendant jusqu'aux culs-de-sac vaginaux.

Cette méthode, qui ne s'est pas vulgarisée, tout au moins en France, permet d'ouvrir rapidement et largement les

voies naturelles ; elle a l'avantage de trouver son application même en l'absence de tout début de travail.

Ces incisions doivent être assez profondes pour qu'elles ne puissent s'étendre du côté du segment inférieur de l'utérus ; le vagin et le tissu cellulaire péri-vaginal pourraient seuls être intéressés sans que, suivant Duhrssen, il y ait à craindre d'hémorragie.

Le plus souvent, on se contente de pratiquer deux incisions latérales profondes allant jusqu'aux culs-de-sac vaginaux, fendant ainsi le col en deux volets ou battants, au moyen d'un seul coup de ciseaux.

Duhrssen en 1893 avait employé sa méthode dans 32 cas, avec un seul décès; et pourtant, même en Allemagne, elle est peu employée ou rejetée (Herff); en France où l'on se montre encore si réservé à l'endroit de l'accouchement forcé, on préfère la méthode manuelle ou instrumentale.

# CHAPITRE II

## DES INDICATIONS DE PROCÉDER A LA DILATATION ARTIFICIELLE ET RAPIDE DU COL UTÉRIN PENDANT LA GROSSESSE OU LE TRAVAIL

Dans la pratique obstétricale, des accidents graves, des dangers immédiats, peuvent surgir chez les parturientes dans deux conditions bien différentes :

1° Pendant la grossesse;

2° Pendant le travail.

Que l'on intervienne pendant la grossesse ou le travail, le plus souvent la question de procéder à la dilatation rapide se posera en face d'accidents menaçant immédiatement les jours de la mère; les indications de recourir à cette méthode rapide sont très rarement d'origine fœtale, à part les cas de survie du fœtus, la mère étant morte ou agonisante : cette question de survie du fœtus sera du reste l'objet d'un chapitre ultérieur en raison des discussions qu'elle soulève et des difficultés qu'elle présente.

Parfois, cependant, l'intérêt de l'enfant est seul en jeu comme dans les cas de procidence ou de procubitus du cordon se produisant tout au début du travail, l'orifice étant à peine dilaté; il faut bien reconnaître que, même dans ces cas, la dilatation rapide ou forcée trouvera très rarement son application, car outre ses difficultés ou ses dangers, elle ne fera pas disparaître la compression du cordon, qui est le seul but à atteindre; tout au plus, pourra-t-on, en pareilles circonstances, introduire dans le col un ou deux doigts, moins pour dilater l'orifice que pour soulever la partie fœtale, et s'opposer à la compression de la tige funiculaire, jusqu'à ce que la dilatation soit suffisante pour

permettre à la main, introduite dans l'utérus, d'aller chercher un pied qu'on amènera à la vulve, sans faire de suite l'extraction du fœtus.

Il est certain qu'en France, à l'heure actuelle, les indications de recourir à la dilatation forcée chez la femme vivante enceinte ou en travail, sont loin d'être admises, ou tout au moins restent encore fortement discutées ; par contre, chez la femme morte ou agonisante, elles semblent rallier la majorité des suffrages.

Non seulement les indications sont discutées, mais elles sont même repoussées complètement par un grand nombre d'accoucheurs, soit en raison des dangers et des accidents auxquels on s'expose, soit en raison des mauvais résultats qu'on obtient, aussi bien pour les mères que pour les enfants : en somme, si certains auteurs se montrent, sinon les partisans convaincus de cette méthode, mais l'admettent pour quelques cas très rares, et tout spéciaux, beaucoup la repoussent pour ainsi dire, sans restriction, malgré les modifications apportées dans le manuel opératoire, malgré les améliorations ou perfectionnements de l'instrumentation.

Les indications de pratiquer la dilatation rapide ou forcée, qu'elles soient admises, discutées ou repoussées, se présentent dans deux conditions différentes, et avec des caractères particuliers :

*A*. Cas d'urgence absolue.

*B*. Cas d'urgence relative.

Dans le premier cas, la nécessité de terminer *au plus vite* l'accouchement s'impose, dans le second, il faudra discuter non seulement l'indication, mais encore discuter le procédé auquel on devra avoir recours, suivant qu'on se trouvera en face de telle ou telle situation.

Disons de suite, qu'à part les cas de parturientes mortes ou agonisantes on se trouvera rarement en face d'une urgence absolue, d'une nécessité impérative qui ne comporte pas de discussion ; il est incontestable que dans les cas d'extrême

urgence, le dilatateur de Bossi, s'il est le plus dangereux, est, par contre, le plus rapide.

CAS OU L'ACCOUCHEUR PEUT ÊTRE OBLIGÉ DE RECOURIR A LA DILATATION RAPIDE OU FORCÉE DU COL DE L'UTÉRUS

| | | |
|---|---|---|
| PENDANT LA GROSSESSE. | *Femme vivante*. . . | Présentant des accidents mettant *immédiatement* sa vie en danger. |
| | *Femme agonisante ou morte*. | |
| PENDANT LE TRAVAIL. . | *Femme vivante*. . . | Présentant des accidents mettant *immédiatement* sa vie en danger. |
| | | Ne présentant pas d'accidents, mais n'accouchant pas, par suite d'un *obstacle* à la dilatation du col. |
| | *Femme agonisante ou morte*. | |

D'une façon générale, pendant la grossesse, lorsque l'accoucheur se trouvera en face d'une parturiente agonisante ou morte, la situation est plus nette, que lorsque la femme vivante est en travail; c'est pour ces derniers cas que l'accord est loin d'être fait, et que la discussion reste ouverte.

Le plus souvent, on aura à recourir, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, à la dilatation rapide du col de l'utérus à une époque où le fœtus vivant sera viable; il faudra donc, en premier lieu, établir le plus exactement possible l'*âge* de la grossesse.

Pourtant dans certains cas *exceptionnels*, il pourra être indiqué de procéder à l'évacuation rapide de l'utérus alors que le fœtus ne sera pas viable, ou même sera mort; nous voulons parler de ces cas où *l'asphyxie* rapide et grave est produite par le fait même de la grossesse (excès du contenu : hydroamnios aiguë, grossesse double ou triple), il peut alors se produire, par des modifications dans la tension vasculaire, des troubles rapidement graves du côté de la circulation cardio-pulmonaire, en particulier, chez les cardiaques; il faut bien reconnaître que le plus souvent les accidents asphyxiques sont lents et progressifs, et que la *perforation*

*des membranes* sera suffisante pour parer efficacement aux premiers accidents; en amenant la déplétion utérine, on diminuera l'asphyxie, l'œdème pulmonaire, et l'on pratiquera, s'il y a lieu, un avortement rapide, et non un accouchement forcé qui augmenterait la cyanose; les choses sont parfois pluscompliquées, lorsqu'il y a grossesse gémellaire, avec hydropisie de l'œuf supérieur, dont les membranes ne sont pas accessibles par les voies naturelles; on sait que certains auteurs ont alors ponctionné directement cet œuf, ainsi surdistendu, à travers la paroi abdomino-utérine; ces cas tout à fait exceptionnels prêtent encore à la discussion et ne rentrent pas dans notre sujet.

## Dilatation rapide et forcée chez la femme enceinte vivante. présentant des accidents mettant sa vie en danger.

En discutant la question de la dilatation forcée chez la femme vivante, mais présentant au cours de la grossesse des accidents menaçant sa vie, nous abordons un des points les plus controversés de la pratique obstétricale, et disons-le, des plus embarrassants.

Pour procéder avec une véritable rigueur scientifique, il faudrait tout d'abord être fixé sur ce qu'on entendra par accidents immédiatement graves : quels sont les signes qui donneront le cachet de l'extrême gravité, ou qui permettront d'affirmer que ces accidents, immédiatement menaçants, cesseront une fois l'accouchement terminé, c'est-à-dire après l'évacuation utérine ? ces questions ne pouvant être solutionnées dans une formule, réclament une grande expérience clinique et doivent être l'objet d'un examen approfondi.

Les accidents les plus fréquents qui peuvent immédiatement compromettre ou menacer la vie de la femme enceinte sont :

1° Les *hémorragies massives;*

2° L'*éclampsie;*

3° L'*asphyxie.*

1° Hémorragies massives. — Les hémorragies n'ont pas toujours besoin d'être massives pour mettre la vie de la femme en danger ; certaines femmes, en effet, supportent très mal une perte modérée de sang, et présentent très vite des signes d'anémie aiguë; outre la question de résistance individuelle, il faut, en outre, tenir compte des antécédents, de l'état particulier où se trouve chaque femme, au cours de sa grossesse, (chloro-anémie, vomissements graves, etc.), pour juger de la résistance de la femme, et apprécier son état d'anémie, on devra faire la numération des globules rouges, et rechercher le degré de tension vasculaire, mais, il faudra en même temps tenir compte de la durée, et de la répétition des hémorragies, en pesant la quantité de sang perdu dans les vingt-quatre heures; certaines petites hémorragies se répétant chaque jour pendant plusieurs semaines compromettent plus la vie qu'une forte hémorragie qui ne se répétera pas.

Dans les cas d'hémorragies, les phénomènes subjectifs peuvent souvent tromper sur la gravité réelle de la situation ; c'est ainsi que les tendances syncopales, la syncope même, ne sont pas toujours en rapport avec l'abondance de l'hémorragie ; il y a là des phénomènes d'ordre réflexe, dont il faut être prévenu, si l'on ne veut pas agir à la légère ; chez certaines femmes, la vue du sang provoque une syncope ; on devra donc toujours chercher à se rendre compte de la quantité réelle de sang perdu.

Le plus souvent il est facile de reconnaître une hémorragie, le sang s'écoulant au dehors, mais dans certains cas, au cours de la grossesse, il peut se faire une hémorragie interne par décollement du *placenta normalement inséré ;* nous reviendrons plus loin sur ce sujet.

Dans la grande majorité des cas, les hémorragies observées au cours de la grossesse reconnaissent comme cause une insertion vicieuse du placenta ; on sait, que les premières observations d'accouchement forcé concernaient des cas d'hémorragies par insertion vicieuse ; les auteurs des

XVI[e] et XVII[e] siècles pensaient, en effet, que le moyen héroïque en la circonstance pour arrêter l'hémorragie, était de vider l'utérus aussi rapidement que possible, alors même que la femme n'était pas en travail ; s'ils ne recouraient pas de suite, et d'emblée à la méthode de l'accouchement forcé, du moins voyaient-ils, dans ce procédé, l'unique ressource pour les cas désespérés, et au-dessus des moyens les plus ordinairement employés.

Si actuellement la thérapeuthique obstétricale s'est enrichie de nouveaux et puissants procédés, soit pour arrêter les hémorragies, soit pour en diminuer les effets sur l'organisme général, il y a lieu néanmoins de se demander si dans certains cas la méthode de la dilatation rapide, accélérée ou forcée ne peut rendre des services, et apporter un moyen de mettre un terme aux accidents, en arrêtant l'écoulement sanguin ; il nous semble donc qu'il n'est pas inutile de discuter les bénéfices que nous offrira l'évacuation rapide de l'utérus, et de spécifier les procédés qui nous donneront les meilleurs résultats.

Il est bien évident qu'avant de recourir à un tel procédé, c'est-à-dire qu'avant de songer à pratiquer la dilatation rapide du col utérin, il faudra que l'hémorragie se *répète* ou *persiste*, malgré l'emploi des moyens employés et usités en pareils cas.

Or, sans vouloir passer en revue, et discuter ici les moyens préconisés et employés pour arrêter les hémorragies dues à l'insertion vicieuse du placenta, peut-on affirmer qu'actuellement nous possédons une méthode qui permette à *coup sûr* de s'opposer à la perte de sang, peut-on affirmer qu'il existe une méthode d'un effet immédiat *constant* et *certain* ? nous ne le croyons pas ; s'il en est ainsi n'est-on pas autorisé à penser que dans l'intérêt de la mère comme dans celui de l'enfant, la dilatation forcée pourra, dans certains cas, fournir une ressource, sinon suprême, du moins supérieure aux autres procédés préconisés.

Lorsque, malgré l'emploi judicieux des procédés ordinai-

rement usités, l'état de la femme est absolument compromis, la dilatation manuelle ou instrumentale par cela même qu'elle sera accélérée, rapide ou forcée, ne donne-t-elle pas un surcroît de chances pour sauver une femme pour ainsi dire exsangue ; il faut tenir compte *de tous les cas* qui se présentent dans la pratique journalière, et ne pas espérer la résoudre en une formule unique, en dehors de laquelle il ne saurait y avoir de salut ; certaines femmes, incomplètement ou non assistées, sont transportées à l'hôpital exsangues, sans pouls[1], mourantes, sinon mortes ; ne croit-on pas, qu'après une large injections intra-veineuse de sérum, une évacuation rapide ou forcée de l'utérus ne puisse être plus efficace qu'un procédé lent et doux qui demandera *plusieurs heures* pour délivrer une femme dont les minutes d'existence sont comptées : n'est-ce pas alors une nécessité, peut-être un devoir, d'agir très vite, même au prix d'un traumatisme possible; de telles circonstances se présentent, et il nous semble dangereux de s'en tenir à une seule méthode, qui ne donne pas la certitude d'arrêter immédiatement sans *retour* l'hémorragie, surtout si la femme est en travail, car, malgré la rupture large des membranes, il peut se produire une perte de sang par le décollement direct du placenta, entraînés par le pôle fœtal ; les résultats fournis par les différentes *méthodes* de dilatation nous aideront, sinon à résoudre entièrement cette question, du moins à l'éclairer, en nous fixant sur la valeur de chaque procédé.

Si l'insertion vicieuse du placenta est rare chez la primipare, il est encore plus rare qu'elle se manifeste par une hémorragie grave avant le septième mois; ces deux conditions, multiparité et grossesse arrivée au septième mois, sont deux facteurs de la plus haute importance dans l'emploi de la méthode par la dilatation accélérée ou forcée.

En effet, dans ces conditions, la cavité cervicale est suffisamment perméable pour qu'on puisse agir, et agir rapidement et efficacement.

Le fœtus étant dans une situation verticale, la parturiente

perdant du sang, on pourra déchirer les membranes, et introduire ou non un ballon excito-dilatateur ; mais si, malgré la déchirure des membranes, la femme continue de perdre encore du sang (impossibilité de verticaliser le fœtus, décollement direct du placenta — femme apportée exsangue), nous pensons que l'indication de procéder à la dilatation rapide du col utérin se posera formellement, quitte à discuter le procédé, qui varie suivant les auteurs ; pour notre part, il n'entre pas dans notre pensée de conseiller la méthode de l'accouchement forcé, dont les résultats semblent mauvais ou désastreux, mais bien de préconiser la dilatation méthodique *aussi rapide que possible*, soit en face d'une femme exsangue, soit dans les cas d'inefficacité des autres procédés.

De tous les procédés employés pour pratiquer la dilatation accélérée, la main semble être l'instrument de choix ; si le procédé manuel n'est pas le plus rapide, il est le moins dangereux ; nous discuterons dans un autre chapitre les avantages et les inconvénients de chaque procédé en particulier, mais dès maintenant, précisant notre pensée, nous dirons que la main permet d'obtenir rapidement une dilatation suffisante pour pénétrer dans la cavité utérine, or, là est le premier but à atteindre ; avec le col souple d'une multipare, rapidement, la main permet d'obtenir une dilatation suffisante pour aller chercher un pied et l'abaisser dans le vagin ; en somme, pour nous, dans ces cas d'hémorragies massives, ou répétées au point de compromettre la vie de la femme, l'essentiel est moins de terminer violemment l'accouchement que de produire rapidement une dilatation qui permette d'aller chercher un pied du fœtus qui, sous l'action des contractions utérines, fera le reste, c'est-à-dire, agira mécaniquement et fera l'office d'un tampon qui s'opposera à la production d'une nouvelle hémorragie, et cela, en un espace de temps beaucoup plus court que si l'on avait eu recours à l'emploi des ballons, or, en pareilles circonstances, la question de rapidité est prédominante.

Que l'on ait recours au procédé de Rizzoli et de Harris ou de Bonnaire, c'est matière à discussion, pourtant, il nous semble que celui de Rizzoli est le plus simple, le *plus rapide* et le moins dangereux ; au fur et à mesure que la main dilate, elle pénètre dans la cavité utérine jusqu'au moment où elle peut saisir, et abaisser un pied ; par ce procédé, *la main dilate en pénétrant et pénètre en dilatant*, double résultat obtenu simultanément au moyen d'une seule main, sans instrument spécial.

On se trouvera dans les conditions les plus favorables lorsqu'il s'agira de multipares, dont le canal cervical est d'emblée perméable pour l'index, mais on obtiendra le maximum de succès, lorsque le col sera en partie ou totalement effacé pour nous. la dilatation accélérée ou forcée sera toujours plus une intervention durant le travail que durant la grossesse ; c'est assez dire que chez la primipare enceinte, non en travail, la méthode ne devra être appliquée qu'à titre exceptionnel.

Si la dilatation manuelle peut trouver son application, et ses indications dans les cas d'hémorragies par insertion vicieuse, nous devons nous demander si elle nous offre les mêmes ressources pour d'autres hémorragies, en particulier celles qui sont dues au décollement du placenta normalement inséré ; la solution de cette question ne nous semble pas pouvoir être donnée, ainsi que le montrent les divergences qui persistent encore à l'heure actuelle.

Si certains auteurs préconisent l'abstention, le repos et les injections de morphine, d'autres, partisans d'une thérapie active, ont recours à la perforation des membranes, suivie ou non de l'introduction d'un ballon excito-dilatateur ; quoi qu'il en soit, il est certain qu'en pareils cas, la violence doit être bannie, mais si l'on se rappelle que Bossi avec son dilatateur, prétend agir rapidement, et non violemment, on ne sera pas surpris de le voir en recommander l'usage ; nous rapporterons, du reste, les résultats qu'il a obtenus en se servant de son instrument qui permettrait d'agir très vite et sans violence.

2° Éclampsie. — L'idée de procéder à la dilatation accélérée ou forcée du col utérin au cours des attaques d'éclampsie a germé dans les esprits à partir du moment où l'on constata les heureux résultats que l'on obtenait en procédant à l'extraction rapide du fœtus, dès que la dilatation du col le permettait.

Après avoir constaté que l'accouchement amenait la sédation ou la cessation des attaques convulsives, les accoucheurs se sont demandé s'il ne convenait pas, non seulement d'accélérer le travail et de hâter la sortie du fœtus, mais encore de le provoquer, en procédant à la dilatation brusque ou brusquée du col utérin.

S'il ne peut s'élever de doute sur la nécessité de procéder à l'extraction artificielle et rapide du fœtus dès que la dilatation est complète, les divergences commencent, par contre, lorsqu'il s'agit de spécifier si l'on doit soit produire le travail, soit même l'accélérer.

Cette question, on peut le dire, est toute d'actualité, et hante, à l'heure qu'il est, tous les esprits, sans que l'accord puisse se faire, quant à la solution à donner.

Certes, personne ne conteste que l'éclamptique ne se trouve dans des conditions meilleures, c'est-à-dire plus favorables, une fois l'extraction du fœtus terminée, mais étendre la méthode, et procéder à la dilatation artificielle du col *en dehors de tout travail*, c'est une toute autre question qui se trouve posée dans des conditions absolument différentes.

Les partisans d'une thérapie active se croient suffisamment audacieux en conseillant, dans certains cas particuliers d'accélérer un travail déjà commencé, mais ils ne vont pas plus loin ; d'autres, au contraire, sans penser faire acte de témérité, conseillent d'intervenir, par la dilatation forcée, avant tout début de travail, lorsque la femme est en proie à des crises répétées d'éclampsie.

La première façon de procéder semble réunir la majorité des accoucheurs, tandis que la seconde est loin d'être admise ou, même, est complètement repoussée ; on lui con-

teste en effet son efficacité, c'est-à-dire son action sur les crises convulsives, et on lui reproche, par-dessus tout, d'être une méthode extrêmement dangereuse pour la mère, sans donner au fœtus de bien grandes chances de survie ; les adversaires de la dilatation forcée en dehors de tout travail rappellent que les attaques d'éclampsie sont augmentées ou aggravées par la moindre intervention, et qu'elles ne cessent pas constamment une fois l'accouchement terminé ; si les faits rapportés par Litzmann, Braun, semblent renverser l'enseignement de Baudelocque, de Paul Dubois,de Depaul, nous devons reconnaître qu'ils sont loin d'avoir entraîné la conviction de la majorité des auteurs.

Ce serait, en effet, une erreur de croire que l'interruption de la grossesse puisse supprimer, *ipso facto*, l'éclampsie, dont les crises convulsives peuvent persister après l'accouchement, et parfois même n'apparaître que dans les suites de couches.

Pourtant Duhrssen, Bossi, Sippel (de Francfort), Zweifel, Pollak, Léopold, abandonnant de plus en plus le régime temporisateur, se montrent les partisans convaincus d'une thérapie active, en recourant à la méthode de la dilatation forcée. Duhrssen, en particulier, pense que l'accouchement immédiat constitue le traitement par excellence de l'éclampsie ; il introduit, dès la première attaque, un colpeurynter dans la cavité utérine, et il n'hésite pas, s'il est nécessaire, à pratiquer de grandes incisions sur le col ; pour cet auteur, le but à atteindre le plus vite possible est de vider l'utérus de son contenu.

Il est impossible en clinique, et particulièrement en face de crises éclamptiques, de tracer une règle de conduite absolue et uniforme, trop de facteurs intervenant pour chaque cas ; il faudra donc peser les motifs de telle ou telle résolution, en tenant compte de la gravité de la situation de la femme, de l'état du fœtus, etc. ; il est certain, à notre avis, que certains cas réclament une détermination énergique et appellent une action décisive ; le doute ne subsiste plus dans

les cas où la femme, pour ainsi dire *in extremis*, la vie du fœtus règle seule la conduite à tenir ; il est évident qu'en pareille occurence, aucun accoucheur ne laissera mourir la femme sans essayer de donner une chance de survie à l'enfant en précipitant les événements, c'est-à-dire en brusquant la terminaison de l'accouchement; il faut bien reconnaître que dans ces cas, les chances de survie pour l'enfant sont extrêmement minimes, l'enfant succombant le plus souvent avant la mère, soit par hyperthermie, par toxhémie, soit encore par hémorragies placentaires.

Devant traiter plus complètement cette partie de la question en discutant la méthode de la dilatation rapide ou forcée chez la femme agonisante ou morte, nous nous contenterons de rappeler ici les conclusions de Vitanza qui put, en opérant six éclamptiques *in extremis*, rappeler cinq femmes à la vie et extraire six enfants sur sept (un cas de grossesse gémellaire), dont trois survécurent.

« Les médicaments et les saignées doivent à coup sûr être essayés quand se montrent les premiers accès convulsifs, mais quand ces accès deviennent tels qu'ils mettent deux existences en face d'une mort imminente, l'unique ressource est de vider l'utérus ; c'est le seul moyen de sauver la femme qui meurt d'éclampsie, et le fœtus qu'elle porte dans son sein. »

Les faits rapportés par Vitanza, assurément impressionnants, ne doivent pas être perdus de vue, mais, l'heure n'est pas venue de poser des règles invariables, en formulant des conclusions intangibles, parce que nous ne possédons pas de signes qui nous permettent d'affirmer que la mort sera fatale, si on ne vide pas l'utérus par des procédés de force.

Tout en reconnaissant qu'une intervention active et rapide favorise l'apparition de nouvelles crises convulsives, les partisans de la dilatation forcée estiment qu'il vaut mieux exposer la femme *pendant un temps très court* à de nouvelles attaques que de la laisser, pendant de longues heures, sous le coup de nouvelles attaques, qui auront d'autant plus de

chances de venir subintrantes qu'elles se répéteront plus souvent ; mieux vaut produire une attaque *convulsive* que de rester inactif, et désarmé en face de cinq, six, ou dix attaques, surtout en plongeant la femme dans la narcose chloroformique au moment où l'on intervient, ce qui modère toujours l'hyperexcitabilité.

Si dans certains cas d'une urgence extrême, d'une gravité incontestée, la nécessité d'une thérapie active s'impose, il n'en est plus de même pour les cas que nous appellerons moyens, qui sont les plus fréquents, et restent les plus embarrassants.

Lorsque la parturiente est peu touchée, que les attaques sont rares, espacées, sans laisser dans leur intervalle de perte absolue de connaissance, mais seulement une sorte d'obnubilation, on devra s'abstenir de toute intervention active ; lorsque au contraire, les attaques sont subintrantes, le coma persistant, la dilatation accélérée trouvera ses indications ; enfin, si elle est *agonisante ou morte*, on devra tout faire pour mettre le plus rapidement possible un terme à la grossesse, en procédant à l'extraction forcée du fœtus.

Si la femme est en travail, les conditions changent du tout au tout, et deviennent bien plus favorables ; il pourra être inutile de précipiter artificiellement la terminaison de l'accouchement, les éclamptiques, même les primipares accouchant en général rapidement ; cependant, si l'accouchement tarde, s'il y a des accès prolongés et répétés, nous voyons tout avantage à abréger sa durée, à gagner du temps, même une heure, en procédant, sous le chloroforme, à la dilatation de l'orifice utérin, surtout si les bords sont minces et souples ; dans une telle circonstance, en gagnant une heure, on mettra la femme dans des conditions plus favorables, et on donnera certainement plus de chances de survie à l'enfant.

3° Asphyxie. — Les causes d'asphyxie chez la femme enceinte sont variées et nombreuses ; elles relèvent soit d'une

cause mécanique, soit d'une cause toxique ; nous rappellerons particulièrement l'asphyxie qu'on peut observer au cours de la grossesse par suite d'un épanchement ascitique ou d'un volumineux kyste de l'ovaire ; en pareils cas, l'asphyxie est rarement subite, mais plutôt lente, progressive, et le traitement sera dirigé contre l'ascite qu'on ponctionnera, ou contre le kyste ovarien qu'on enlèvera.

Dans le goitre suffocant à forme rétro-sternale, on peut également assister à des crises, à de véritables paroxysmes d'asphyxie, mais c'est plus à l'avortement ou à l'accouchement provoqué qu'on aura recours qu'à la dilatation rapide.

Certains états aigus ou chroniques des poumons peuvent produire un véritable état asphyxique capable de mettre rapidement en péril les jours de la mère ; parmi les affections aiguës, les plus fréquentes sont la pneumonie et les épanchements pleuraux ; or, là encore, la thérapeutique devra être plus médicale qu'obstétricale ; ce n'est pas en vidant l'utérus qu'on peut espérer guérir une pneumonie, ou arrêter la marche d'un épanchement dans la cavité pleurale ; la pneumonie chez la femme enceinte, est d'autant plus grave que la grossesse est plus avancée, et plus la grossesse approche du terme, plus l'expulsion spontanée du fœtus est probable.

Dans plus de la moitié des cas, il y a expulsion prématurée et spontanée du produit de conception, et dans plus d'un tiers des cas, mort de la mère ; dans de telles conditions, la dilatation rapide du col ne saurait modifier la marche des choses.

A la période ultime de la tuberculose pulmonaire, il n'est pas rare d'observer des crises apnéiques amenant un état asphyxique, qui menace plus ou moins rapidement les jours de la parturiente ; si la grossesse est encore assez loin du terme, on mettra tout en œuvre pour gagner du temps, en parant aux accidents asphyxiques de façon à permettre au fœtus d'atteindre les meilleures conditions de viabilité ; si au contraire la grossesse a dépassé le septième mois, on

raison de l'état de déchéance de la mère dont les jours sont comptés, le sort de l'enfant guidera la conduite de l'accoucheur, dont l'unique préoccupation sera l'extraction d'un enfant vivant, à un moment où la vie de la femme ne peut plus entrer en ligne de compte.

Dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, l'asphyxie reconnaît une cause spéciale, la mort du globule rouge, c'est-à-dire son inaptitude à fixer l'oxygène ; ce n'est donc pas en vidant rapidement l'utérus qu'on pourra espérer voir les accidents disparaître ou même s'amender, mais, ainsi que nous aurons occasion d'y revenir, le fœtus survivant, dans ces conditions, à la mère, on pourra, à la période agonique, aussitôt après la mort de la mère, procéder à la dilatation brusquée et instantanée du col de l'utérus.

Les crises asphyxiques qu'on observera le plus souvent au cours de la grossesse, et qui paraissent justiciables d'un traitement spécial, reconnaissent, comme causes, certaines affections cardiaques sur la nature desquelles nous ne pourrions nous étendre sans sortir du plan que nous nous sommes fixé.

Aujourd'hui bien connues, ces crises asphyxiques ont été décrites pour la première fois, sous le nom d'accidents gravido-cardiaques, par Peter qui en a donné une magistrale description, de laquelle on a atténué le côté un peu excessif et absolu des conclusions ; ce tableau poussé un peu au noir par Peter a été, en effet, remis récemment au point par notre ancien interne, le Dr Pouliot, qui a montré que nombre de cardiaques supportent et traversent leurs grossesses sans encombre et sans accidents ; en généralisant trop et en dépassant la mesure, on risque fatalement de s'égarer en clinique.

Les femmes enceintes atteintes d'affections cardiaques qui présentent des accidents ne sont pas toutes en état d'asphyxie ; si certaines sont bouffies, cyanosées et apnéiques, d'autres au contraire sont pâles, amaigries et cachectiques ; enfin certaines peuvent mourir subitement, par syncope

ou par embolie ; à part cette dernière éventualité, il est rare que les accidents gravido-cardiaques prennent subitement un caractère d'extrême gravité ; ils sont, le plus souvent, lents et progressifs, et persistent malgré la médication la plus rationnelle ; si certaines cardiaques sont plus éprouvées et plus sérieusement affectées à la fin de la grossesse ou pendant le travail, quelques-unes, par contre, présentent, dès le début de la grossesse, un état d'extrême anxiété et de continuelle angoisse, il est évident qu'à ce moment, malgré la gravité des accidents, il ne peut être question de dilatation rapide ou forcée, seule la question de l'avortement accéléré se posera.

Ne nous occupant actuellement que des accidents gravido-cardiaques survenant au cours *de la grossesse*, la *femme étant vivante*, il semble difficile de pouvoir attribuer, à la méthode de la dilatation rapide ou forcée des avantages bien définis ou bien caractérisés, tandis qu'apparaissent tout une série de dangers ou d'accidents ; dans ces cas, si l'on est forcé d'intervenir, en mettant un terme à la grossesse, mieux vaut ne pas s'adresser à la force ni à la violence, mais recourir aux procédés doux, quoique lents, tels que la perforation des membranes, qui en donnant issue au liquide amniotique, produira une notable déplétion de l'utérus, après laquelle on pourra réveiller les contractions utérines par l'introduction d'un petit ballon.

Nous verrons, au contraire, que chez la femme *en travail*, comme chez la parturiente *agonisante ou morte*, la conduite sera toute différente.

S'il est impossible de poser des règles absolues en face de faits cliniques disparates et variables d'intensité, on peut dire que dans l'immense majorité des cas, la méthode de la dilatation rapide ou forcée au cours des accidents asphyxiques présentés par des cardiaques enceintes, ne trouvera que très rarement son application, malgré les quelques observations contraires rapportées par certains auteurs ; c'est à prévenir et à prévoir ces accidents asphyxiques que l'accoucheur

devra s'attacher, ne se décidant à recourir à la perforation des membranes, suivie de l'*accouchement méthodiquement provoqué*, qu'en face de son impuissance bien constatée par une anurie presque absolue, la présence de l'albumine, et un état permanent de la cyanose.

## Dilatation rapide ou forcée chez la femme enceinte agonisante ou morte.

Si, à première vue, il semble qu'en face d'une femme enceinte agonisante ou morte, la ligne de conduite de l'accoucheur soit simple ou nettement tracée, on s'aperçoit, au contraire, par la réflexion, que des difficultés considérables vont immédiatement surgir qui laissent la solution du problème controversée ou incomplètement définie.

Le problème, en effet, beaucoup plus complexe qu'il paraît tout d'abord, demande à être examiné de très près, car il comporte, avant tout, la solution des deux questions suivantes :

1° Possédons-nous, actuellement, des signes de certitude de l'agonie ou de la mort de la femme enceinte ?

2° Le fœtus survit-il à sa mère agonisante ou morte ?

Il faut bien avouer qu'une réponse péremptoire est impossible à donner, particulièrement lorsqu'il s'agit d'une femme enceinte pour laquelle il faut prendre une décision tellement rapide que le temps, pour ainsi dire fait défaut, car il ne peut être question en la situation de se livrer à un examen long ou bien approfondi.

Quand commence exactement l'agonie, quand cesse exactement la vie ? quels signes vont nous permettre d'affirmer qu'une parturiente est véritablement agonisante ou réellement morte ?

Il faut bien avouer qu'il est impossible de donner à ces questions une réponse pleinement satisfaisante en raison même de la rapidité avec laquelle elles devaient être solutionnées : évidemment, avec une observation un peu prolon-

gée, les doutes ne sont plus permis, mais quand on est obligé de prendre un parti en quelques instants, les difficultés peuvent être assez grandes pour mettre l'accoucheur dans l'impossibilité de se prononcer d'une façon ferme, dans ces circonstances angoissantes où la vie du fœtus, et parfois celle de la mère, peuvent dépendre de la rapidité de sa décision.

Les observations abondent dans les annales de l'obstétrique où l'on voit des accoucheurs opérer des femmes tenues pour mortes, alors qu'elles n'étaient qu'agonisantes, ou même en état de mort apparente ; nombreux aussi, sont les cas où l'on voit une parturiente opérée revenir à la vie, alors que l'agonie ne paraissait faire aucun doute ; nous avons tous présent à l'esprit les mémorables observations de Rigaudeaux, Peu, Bodin, Baudelocque, Sédillot : toutes ces observations témoignent de l'extrême difficulté de pouvoir toujours distinguer la mort réelle de la mort apparente, aussi, en vue d'échapper aux responsabilités, certains accoucheurs préfèrent recourir à l'accouchement forcé par les voies naturelles, plutôt qu'à l'opération césarienne (Rizzoli, Verardini, Devilliers, Thevenot).

La crainte d'opérer une femme considérée comme morte, alors qu'elle n'est qu'en état de mort apparente, a forcé les accoucheurs à renoncer à l'opération césarienne *post mortem* pour lui substituer l'accouchement forcé par les voies naturelles ; en effet, des contestations se sont élevées, des revendications en dommages et intérêts ont été formulées contre des accoucheurs qui, affirmant la mort de la femme ont pratiqué l'opération césarienne ; or, pendant ou après l'opération, ces femmes ont pu donner signe de vie pendant un temps plus ou moins long ; c'est qu'en effet, ni l'examen de l'appareil circulatoire ou respiratoire, ni l'état de la contractilité musculaire ne peuvent apporter des signes positifs, ni donner des signes de certitude de la mort de la femme.

Les embolies, la syncope, le coma éclamptique ou urémique, l'hystérie, même, ont pu être la source d'erreurs

nombreuses, et parfois extrêmement regrettables, c'est pourquoi, l'accoucheur se trouvant en pareille situation doit-il être sur ses gardes, et observer la plus grande prudence, car, il faut bien reconnaître que la solution du problème n'a guère fait de progrès, malgré les expériences et les recherches qui ont été faites depuis Mauriceau et Baudelocque sur ce sujet.

C'est en raison de cette ignorance que dès 1834, Rizzoli proposa, comme méthode de choix, la substitution de l'accouchement instantané par les voies naturelles à l'opération césarienne *post mortem* ; il fut écouté et suivi par toute l'école de Bologne (Belluzi, Verardini, Pellagrini, Bossi) qui, dès la dilatation effectuée, donnait le conseil de procéder à l'extraction du fœtus soit par le forceps, soit par la version.

Les chances de succès, quant à la survie du fœtus, sont plus considérables lorsqu'on a recours à la dilatation forcée à la période agonique qu'après la mort de la mère, pourtant même dans ces derniers cas, dans 5 observations, on put extraire, par la version, deux enfants vivants.

Pour discuter les faits, les comparer, supputer les chances de succès, il faut attacher une importance de premier ordre aux causes qui ont entraîné la mort de la mère, et aussi à la rapidité avec laquelle celle-ci a succombé ; de la connaissance de ces faits, on pourra tirer quelques conclusions pratiques, car la question de la survie du fœtus à la mère agonisante ou morte domine et résume tout le débat.

Peu de problèmes ont autant suscité de recherches et soulevé de discussions et pourtant bien des points restent encore à éclaircir.

Il est acquis, par maintes observations, et par de nombreuses expériences que le fœtus peut survivre à la mère ; le temps pendant lequel il peut survivre est variable, mais il est généralement très court ; la différence des résultats observés reconnaît comme cause le genre de mort de la mère, et surtout son plus ou moins de rapidité.

Breslau (1868), à la suite d'expérience sur les lapins et

les cochons d'Inde est arrivé aux conclusions suivantes :

« 1° Il ne peut être révoqué en doute que le fœtus humain ainsi que celui des animaux, survit à sa mère lorsque la mort a été prompte et violente ;

« 2° Il est admissible que le fœtus humain survit plus longtemps à la mort de la mère que les petits des animaux ;

« 3° Il n'est pas probable que l'opération césarienne donnera un fœtus vivant ou dans un état de mort apparente si elle n'est faite dans les quinze ou vingt minutes après la mort ;

« 4° Si la mère a succombé à une maladie du sang ? telle que le choléra, le typhus, la scarlatine ou la variole, on ne peut espérer de conserver l'enfant, parce que les conditions de son existence n'ont pas été supprimées d'un seul coup, mais bien au contraire peu à peu.

Il en est de même dans les cas d'empoisonnements, sauf par le chloroforme qui paraît faire exception à cette règle, le chloroforme ne paraissant pas passer en substance dans la circulation fœtale ; on sait que le chloroforme, lorsqu'il amène la mort, n'agit pas par empoisonnement, mais par inhibition ou plutôt par syncope de la circulation ou de la respiration ; la mort de la mère étant subite dans ces cas, le fœtus survit un certain temps à la mère ; néanmoins quels que soient les cas, les statistiques d'opération césarienne *post mortem* donnent un très petit pourcentage d'extraction d'enfants vivants.

Cette question doit être reprise, car jusqu'à présent on a colligé des faits absolument disparates, ou rapporté seulement les cas heureux.

Il est certain que l'opération césarienne *post mortem* donnera des résultats satisfaisants peu nombreux, en raison des retards nécessités par les préparatifs opératoires, et surtout par les hésitations de l'opérateur ou de l'entourage, aussi ces résultats seront-ils toujours plus favorables, en intervenant par les voies naturelles au moyen de la dilatation *manuelle* forcée qui dispense de toute instrumentation, et

ne suscite aucune hésitation, la responsabilité de l'accoucheur se trouvant beaucoup moins engagée qu'en pratiquant l'opération césarienne.

Dans les cas de *mort subite* de la mère, on se comportera donc comme si le fœtus était vivant, sans chercher à s'assurer par l'auscultation, si réellement il survit ; le temps fait défaut, le trouble est extrême, et les bruits du cœur fœtal peuvent être nuls ou si affaiblis qu'ils ne peuvent être perçus, sans pour cela que le fœtus ait succombé.

La ligne de conduite à suivre variera donc avec la cause de la mort de la femme, tout en se rappelant que dans le plus grand nombre de cas la mort du fœtus précède celle de la mère, ou la suit à très peu de temps.

La mort du fœtus précède celle de la mère dans toutes les affections qui s'accompagnent d'hyperthermie, lorsque la température de la mère dépasse 40° pendant plusieurs jours (expérience de Max Runge, Doré) il en est de même dans toutes les maladies qui, apportant obstacle à l'hématose, mettent la femme en état d'asphyxie (Zweifel) ; en effet, dans ces cas, le sang de la mère ne recevant plus d'oxygène en emprunte au fœtus qui cède l'oxygène de ses globules rouges ; il y a, pour ainsi dire, inversion des échanges respiratoires ; ces faits expliquent les insuccès donnés par l'opération césarienne, et même la dilatation forcée lorsqu'on intervient après la mort d'une cardiaque ou d'une phtisique ; on voit l'intérêt qu'il y a, au contraire, à intervenir dès le début de l'agonie, avec cette réserve, qu'il est très difficile d'assigner un terme précis au mot d'agonie, surtout chez les éclamptiques.

Le fœtus survit à la mère et peut lui survivre quinze à soixante minutes. Dans les cas de mort brusque ou violente de la mère, le fœtus s'empare de l'oxygène des globules sanguins de la mère ; il en est de même dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, mais par un mécanisme différent ; en effet, lorsqu'il y a empoisonnement par l'oxyde de carbone, le sang, perdant toute faculté de fixer l'oxygène, ne

peut pas plus en emprunter au fœtus qu'à l'air ambiant, et comme une très petite quantité d'oxygène suffit au fœtus pour vivre dans l'utérus, il survit un certain temps à l'organisme maternel.

Si l'on se rappelle que 4 centigrammes d'oxygène par kilogramme et par jour suffisent au fœtus pour entretenir la vie, on comprendra comment dans le cas de mort apparente de la mère, le fœtus peut continuer de vivre, et comment il peut lui survivre.

Le professeur Tarnier raconte que pendant le siège de Paris en 1871, une femme enceinte frappée à la maternité par un éclat d'obus envoyé par les Allemands, succomba en quelques minutes ; Tarnier pratiquant immédiatement l'opération césarienne, put extraire un enfant qui succomba quelques jours plus tard.

Entre le moment où on s'aperçut de la mort de la femme et celui où on fit l'extraction du fœtus, il s'écoula près d'une demi-heure, sans qu'il fut possible de préciser exactement le moment même où la femme avait succombé.

Les faits de Viardin (1848), de Darti (1868) sont aussi concluants pour démontrer que dans les cas de mort subite de la femme enceinte, le fœtus survit pendant un temps qui varie de une heure à deux heures ; au delà de ce temps, les faits sont discutables et prètent à la légende ; on peut, en effet, se demander, à propos des observations rapportées, si la femme enceinte était vraiment morte, et non point seulement en état de mort apparente, ce qui montre bien les difficultés qui peuvent exister pour différencier, en toute certitude, ces deux états.

Des expériences (Haller, Buffon) ont été faites pour préciser scientifiquement la durée de la survie du fœtus ; Legallois, en asphyxiant des lapines au terme de la gestation, a pu constater que les petits survivaient à une immersion prolongée pendant seize à vingt minutes ; il est certain que dans les cas où il n'y a pas asphyxie de la mère, mais mort subite, la survie du fœtus est encore plus longue ; une très

petite quantité d'oxygène suffisant à entretenir la vie, l'hématose se continue à la surface placentaire par l'oxydation des globules sanguins du fœtus aux dépens des globules du sang maternel (expériences de Zweifel et Zuntz).

En résumé, dans les cas où la parturiente est agonisante ou morte, on sera dans l'obligation d'extraire aussi rapidement que possible le fœtus, chaque fois que celui-ci *se trouvera dans des conditions de survie;* les conditions de survie s'observent au maximum dans les cas de *mort subite* de la mère.

Le choix du procédé à employer pour extraire le fœtus, est discutable, mais étant donnée la difficulté ou l'impossibilité de préciser le début de l'agonie ou d'affirmer la réalité de la mort, il est préférable de procéder à cette extraction par les voies naturelles plutôt que par la section césarienne, surtout si la femme est agonisante, la dilatation cervicale se faisant avec une rapidité et une facilité surprenantes.

De tous les procédés d'extraction rapide par les voies naturelles (la femme étant agonisante ou morte), la dilatation manuelle paraît remplir les meilleures conditions, et offrir les plus grandes chances de succès, quoique les résultats obtenus par Bossi (p. ) avec son dilatateur méritent de fixer toute notre attention et réclament de nouvelles observations.

On saura néanmoins que, même dans ces conditions, si un certain nombre de fœtus peuvent être extraits vivants, peu survivent.

Sur six faits concernant des tuberculeuses agonisantes, tous les enfants furent extraits vivants, mais 3 moururent peu de temps après la naissance.

Dans la statistique de Vitanza portant sur 17 cas, 14 enfants sont nés vivants, 8 ont pu être élevés.

Dans sa statistique globale, Mortagne donne les résultats suivants : sur 41 femmes mourantes accouchées artificiellement, tout à fait *in extremis*, 18 ont guéri, 5 ont éprouvé une amélioration passagère.

Quant aux enfants, 80 p. 100 ont pu être extraits vivants, 50 p. 100 ont pu être élevés.

Par contre, si la femme *meurt au cours de la grossesse* même si la mort a été subite, l'extraction forcée par les voies naturelles donne moins de chances de succès que l'opération césarienne, le col utérin n'étant pas suffisamment souple ou ramolli pour permettre une dilatation et une extraction rapides.

Nous reviendrons du reste dans le troisième chapitre sur les indications et les avantages de chaque procédé, ayant voulu jusqu'ici plutôt catégoriser les faits que chercher à les préciser en donnant des résultats.

Les faits sont du reste peu nombreux et entièrement disparates, aussi, dans son choix, comme dans sa décision, l'accoucheur devra-t-il s'inspirer des conditions particulières où se trouve chaque femme, suivant qu'elle sera agonisante ou morte, au cours de sa grossesse ou durant le travail.

L'albuminurie gravidique, les vomissements incoercibles, ne sont pas justiciables de la dilatation forcée ou rapide ; dans aucun de ces cas on ne laissera la femme atteindre la période agonique, et si l'on devait intervenir en interrompant le cours de la grossesse, c'est à l'accouchement artificiel ou à l'avortement qu'il faudrait avoir recours.

### Dilatation rapide ou forcée pendant le travail chez la femme vivante, présentant des accidents, mettant sa vie en danger immédiat :

Lorsque la femme, *en travail*, présente des accidents mettant sa vie en danger immédiat, les conditions d'une intervention par les procédés rapides de dilatation sont bien plus favorables que si les accidents apparaissent au cours de la grossesse.

La terminaison rapide de l'accouchement, tout en s'imposant, mérite néanmoins un examen approfondi qui doit fixer toute notre attention.

Avant d'intervenir, il faudra toujours bien établir que l'accident qui menace la femme met en danger immédiat son existence et reconnaître que cet accident relève de la grossesse ; on devra, enfin, estimer que l'accident, menaçant les jours de la femme, cessera ou, au moins, sera très atténué une fois l'accouchement terminé ; en un mot, dans l'esprit de l'accoucheur, ce sera la terminaison rapide de l'accouchement qui devra mettre un terme à l'accident ou du moins pourra en conjurer la gravité.

D'une façon générale, les conditions seront d'autant plus favorables, que le travail sera plus avancé, et que la femme sera multipare : les indications seront d'autant plus formelles que les accidents présenteront un caractère d'extrême urgence ; enfin, si après la dilatation rapide et forcée, on intervient artificiellement pour extraire le fœtus, les chances de succès seront entièrement différentes suivant qu'on fera l'extraction par le forceps ou par la version, car, dans ce dernier cas, on se trouve, en général, dans de moins bonnes conditions au point de vue de la survie du fœtus, mais on ne devra pas oublier que la version, suivant immédiatement la dilatation, sera le moyen le plus rapide pour vider l'utérus.

La version offrira le moyen le plus rapide pour extraire l'enfant mais exposera un peu plus ses jours ; en effet, après avoir saisi un de ses pieds pour extraire le fœtus, l'orifice cervical, qui a permis l'introduction de la main dans l'utérus, revient sur lui-même, et enserre le cou du fœtus, dont la tête est retenue dans la cavité utérine ; c'est à ce moment que le fœtus meurt ; on pourrait donc se contenter d'amener un pied à la vulve pour laisser l'expulsion se faire seule, mais, dans ce cas, le but qu'on se propose n'est pas atteint, puisque seule l'extraction rapide du fœtus peut enrayer ou conjurer l'accident menaçant la femme en travail, avant la dilatation complète.

Ce que nous venons de dire au point de vue des chances de survie du fœtus extrait par la version trouve une écla-

tante confirmation lorsqu'on procède à la dilatation forcée chez *une primipare tout au début du travail ;* dans ces conditions, en effet, le *col ne s'efface pas*, les bords de l'orifice restent épais, quoique souples, et l'orifice revient sur lui-même dès qu'on cesse l'action dilatatrice.

Que de fois l'accoucheur s'est aperçu, en procédant à l'extraction du fœtus, que la dilatation, qui paraissait complète, est insuffisante pour permettre, sans danger, l'extraction du fœtus : si donc, on peut dans certains cas où la vie de la mère est compromise pendant le travail procéder à la dilatation rapide et même forcée du col, il ne pourra jamais être question, chez la femme vivante, d'*extraction forcée ;* l'expression de *dilatation forcée* doit subsister, celle d'*accouchement forcé* doit être bannie du langage obstétrical, car, en ce cas, on a recours à l'emploi de la force, *avant la dilatation complète*, et l'on connaît notre pensée sur ce point.

Il faut reconnaître qu'il est difficile, sinon impossible, de faire une ligne de démarcation tant soit peu nette, entre la dilatation rapide et la dilatation forcée ; quand, la dilatation cesse-t-elle d'être rapide pour devenir forcée? est-ce possible de procéder à une dilatation rapide, sans recourir plus ou moins à la force ? assurément non ; nous n'en voulons pour preuve que la fatigue éprouvée par l'opérateur, dont les forces sont vite épuisées ; de plus, lorsqu'on a recours à la méthode manuelle, la force déployée est variable suivant la vigueur de l'opérateur, aussi, sous ce rapport, les instruments dilatateurs qui portent un cadran enregistreur, offrent plus de précision sinon plus de sécurité, mais nous pouvons dire qu'on ira toujours trop fort en voulant aller trop vite.

Quelle que soit la nature de l'accident qui menace une femme pendant le travail, on peut poser, comme règle générale, que la conduite à tenir est sensiblement la même, seul le choix du procédé pourra être discuté.

On devra procéder rapidement à l'extraction du fœtus et.

si cette extraction est impossible, en raison d'une dilatation insuffisante, recourir, sans hésitation, à la dilatation rapide ou forcée, afin de vider l'utérus.

Cette manière de procéder trouvera son maximum d'indications dans les cas où les accidents qui menacent la parturiente sont provoqués ou aggravés par l'acte même de l'accouchement, en particulier par la douleur ou l'effort, comme on l'observe chez certaines cardiaques.

Ce que nous avons dit plus haut en parlant de la conduite à tenir pendant les accidents observés au cours de la grossesse trouve ici son expression la plus complète, et les objections que nous avons formulées contre la dilatation rapide au cours de la grossesse tombent pour ainsi dire d'elles-mêmes, lorsque la femme est en travail, ainsi que le démontrent les faits cliniques.

Certaines hémorragies dues à l'insertion du placenta (centre pour centre), les attaques éclamptiques fourniront souvent une indication de procéder à la dilatation rapide du col ; s'il n'entre pas dans notre pensée de conseiller chez toute femme éclamptique en travail, la dilatation rapide, nous estimons, néanmoins que souvent, cette dilatation reste le procédé de choix, et s'impose, si l'on veut mettre les meilleures chances de son côté : il faudra donc, avant de se décider, bien spécifier les cas, en face desquels on se trouve, car il est impossible, en clinique de procéder par aphorismes ou par formules.

Chez les éclamptiques en travail, on tiendra le plus grand compte du nombre et de la violence des attaques convulsives, de la marche de la température et de la persistance du coma ; la cyanose, la menace d'asphyxie seront également des facteurs d'une importance capitale pour la décision à prendre.

La dilatation forcée trouvera également ses indications dans les cas ou l'axphyxie, par lésions de l'appareil cardio-pulmonaire, persiste après la rupture artificielle des membranes ; cette dilatation sera faite de préférence sans recourir au chloroforme, en raison des dangers qu'il peut

offrir ; si l'on devait recourir aux agents anesthésiques, on donnerait la préférence au chlorure d'éthyle, ou aux mélanges titrés d'air et de chloroforme suivant la méthode du Dr Ricard ou du Dr Reynier (Th. 1905, Dupont).

Dans les maladies aiguës (Pneumonie, fièvre typhoïde, variole) les faits ne sont plus du même ordre ; en effet, dans les premiers cas, les accidents déterminés ou aggravés par le fait du travail cessent ou s'amendent par la terminaison rapide de l'accouchement, tandis que les pyrexies ne peuvent être modifiées ni dans leur cours, ni dans leur évolution ; on devra donc intervenir pour accélérer la période d'expulsion, mais non la période de dilatation.

## Dilatation rapide ou forcée pendant le travail chez la femme vivante, ne présentant pas d'accidents, mais n'accouchant pas par suite d'un obstacle à la dilatation du col.

Dans un certain nombre de cas, l'accoucheur peut se trouver dans l'obligation d'intervenir pour suppléer aux forces de la nature insuffisantes ou impuissantes pour produire la dilatation de l'orifice du col ; l'insuffisance des contractions utérines fournira très rarement une indication nécessaire de recourir à la dilatation artificielle ; le temps et la patience viendront à bout de ces difficultés temporaires ; il ne pourrait être fait exception à cette règle que dans les cas de menaces de mort pour le fœtus par procidence ou latérocidence du cordon, ou dans les cas d'infection de la mère par suite de la rétention dans l'utérus d'un fœtus mort et macéré et dans ce cas l'embryotomie, même avant la dilatation complète, sera préférable, car l'important est de ménager le plus possible la mère, sur laquelle doit se concentrer tout l'intérêt ; l'impuissance des contractions utérines à dilater l'orifice du col fournira, sous certaines conditions, une indication de dilater artificiellement l'orifice utérin en état de rigidité, mais en pareilles circonstances, l'accoucheur devra se défendre de céder à des sollicitations peut-être naturelles, mais souvent

intempestives ou injustifiées; il devra faire preuve de patience et s'armer de courage, car souvent, rien n'est plus difficile que de faire son devoir en restant dans l'inaction.

En face d'un travail long et laborieux, le premier soin consistera à reconnaître si réellement il existe un obstacle à la dilatation, et à en préciser la nature; c'est moins la durée de la période d'effacement, et de dilatation qui réglera la conduite à tenir que la connaissance exacte de la cause qui entrave et retarde ce temps de l'accouchement: on éliminera, donc, toutes les autres causes de lenteur du travail, telles que le défaut d'engagement de la partie fœtale, la dilatation sacciforme de l'utérus, la rupture prématurée des membranes, l'administration du seigle ergoté, et enfin l'inertie utérine, si souvent rencontrée dans l'hydroamnios, et la grossesse gémellaire.

Ces cas constituent de fausses rigidités; il n'y a pas, à proprement parler, d'obstacles à la dilatation du col, mais bien perversion dans la quantité ou la qualité de la contractilité utérine.

A côté de ces fausses rigidités, il existe des cas incontestables de véritable rigidité; sans vouloir refaire ici l'histoire de ces rigidités mettant un réel obstacle à la dilatation, nous dirons tout d'abord que nous laisserons de côté les rigidités qui sont dues à la présence d'un cancer ou d'un fibrome qui forment un chapitre spécial de dystocie qui ne rentre pas dans le cadre que nous nous sommes assigné dans ce traité de la dilatation artificielle.

La rigidité, non pathologique du col, quoique rare, existe réellement; si parfois sa nature est facilement reconnue, d'autres fois elle est difficile ou impossible à interpréter; ce sont ces cas de rigidité anatomique qu'on observe dans la sclérose déterminée par des cautérisations (chlorure de zinc) ou par des cicatrices, suites de déchirures ou d'opérations (amputations de Schroder, Emmet).

L'action de la syphilis sur la production de la rigidité du

col est aujourd'hui absolument démontrée, même en dehors de la présence du chancre sur le col ; la syphilis peut amener une sclérose limitée, parfois généralisée à toute l'étendue du col. Chiarleoni, Chiara, Martinetti, Doleris, Fasola, Maygrier et Fournier ont rapporté des faits absolument démonstratifs, qui permettent de conclure que la syphilis, produisant une slérose du col, peut être cause de sa rigidité, et apporter obstacle à la dilatation.

Cette rigidité peut être considérable, absolue, la sclérose envahissant les portions sus et intra-vaginale du col.

Le col ligneux, ou semi-cartilagineux ne cède ni aux contractions utérines, ni parfois aux agents mécaniques, si bien que le travail peut durer quatre, cinq et six jours, et nécessiter soit des incisions étendues, soit même l'opération césarienne, malgré les mauvaises conditions dans lesquelles elle sera pratiquée.

A côté de cette rigidité avec substratum anatomique, il y a des rigidités où il est impossible de constater la moindre altération dans les tissus : il n'y a aucune modification de structure, mais plutôt absence d'un phénomène physiologique, le ramollissement ; quoique ces faits aient pu être niés en raison de la difficulté de leur interprétation, leur existence clinique est incontestable.

En présence d'une rigidité apportant un obstacle à la dilatation du col, on pourra se trouver dans l'obligation de procéder à la dilatation artificielle, mais il est évident qu'ici la *rapidité* de la dilatation, loin de s'imposer, réclamera plutôt une force douce, lente et continue.

Nous discuterons plus loin le procédé sur lequel on fixera son choix, mais dès maintenant nous pouvons dire que la difficulté principale résidera dans l'indication du *moment* auquel il faudra intervenir, car s'il faut craindre d'agir trop tôt, il faut aussi se garder d'agir trop tard.

On interviendra artificiellement pour produire la dilatation moins, parce que pendant des heures la dilatation ne fait aucun progrès malgré des contractions énergiques qu'en

raison de l'état général de la mère qui devient sérieux ; l'agitation est extrême, le pouls est petit, fréquent, la température à 38 ou 39°, le liquide ammiotique devient fétide.

L'élévation de la température, la fétidité des lochies appellent la plus grande attention, ainsi que la possibilité d'une rupture de l'utérus, qu'elle porte sur le corps ou sur le col (arrachement annulaire, semi-lunaire).

Nous signalerons, seulement pour mémoire, les cas où l'obstacle à la dilatation reconnaît une *oblitération complète* du col, tellement ces faits sont exceptionnels, si toutefois même ils existent ; souvent, ils résultent d'une difficulté d'interprétation, d'une erreur de diagnostic (rétroversion) qui sera évitée en pratiquant le toucher manuel sous le chloroforme.

Pourtant certains faits d'oblitération complète du col paraissent incontestables, mais en raison de l'agglutinement, de l'imperméabilité du canal, ils ne sont pas justiciables de la dilatation artificielle, mais réclament une intervention sanglante, telle que l'hystérotomie vaginale (Observ. Dr Pilat *Annal. Gyn.*, 1876), ou l'opération césarienne.

## Accouchement rapide ou forcé pendant le travail chez la femme agonisante ou morte.

Nous employons l'expression d'*accouchement rapide ou forcé* lorsqu'il s'agit d'intervenir chez une femme enceinte ou en travail, agonisante ou morte, tandis que lorsqu'il s'agit d'une femme enceinte ou en travail, mais vivante ou frappée d'accidents, nous employons l'expression de *dilatation rapide ou forcée ;* il y a en effet une distinction capitale à faire entre la dilatation forcée et l'accouchement forcé, celui-ci impliquant un acte de violence, pour extraire, coûte que coûte, le fœtus, dans l'espoir de le voir survivre à la mère ; l'accouchement forcé ne peut être applicable que chez la femme agonisante ou morte, tandis que la dilatation forcée trouve ses indications chez la femme vivante, qu'elle

soit enceinte ou en travail ; elle n'implique en effet ni violence, ni brutalité, mais seulement l'emploi d'une force raisonnée et graduée ; dans le premier cas, il y a presque fatalement un traumatisme, dans le second au contraire, absence de traumatisme, ou du moins c'est là le but qu'on a poursuivi en créant les différents modèles de dilatateurs.

L'accouchement forcé s'impose en quelque sorte lorsqu'il s'agit d'une femme agonisante ou morte pendant la grossesse, à plus forte raison, ce devoir sera-t-il encore plus impérieux lorsqu'on se trouvera en présence d'une femme agonisante ou morte pendant le travail ; l'extraction rapide sera la seule chance de survie du fœtus, et parfois de la mère, lorsqu'elle sera seulement en état de mort apparente.

Ce que nous avons dit plus haut au sujet des indications trouve ici son expression la plus complète, sa formule la plus concrète, mais les mêmes réserves, les mêmes restrictions s'imposent ; il faut en effet avoir toujours présentes à l'esprit les difficultés qui surgissent en pareil cas pour reconnaître une véritable agonie ou affirmer la mort réelle, mais les chances de survie pour l'enfant étant plus grandes lorsque la femme, agonisante ou morte, est en travail que lorsqu'elle est enceinte on ne devra pas s'attarder à rechercher les signes de certitude de la mort de la femme ; l'agonie ou la mort de la femme pendant le travail constitue l'indication maîtresse de l'accouchement forcé, car de deux maux, il faut choisir le moindre, et concentrer tous ses efforts pour sauver l'enfant. Quel que soit du reste le procédé employé, la dilatation dans une telle situation se fait avec une rapidité extrême, et une facilité surprenante, à l'opposé de ce qui se passe chez la femme enceinte, agonisante ou morte ; en quelques minutes, pendant l'agonie d'une femme en travail, la main peut arriver à produire une dilatation complète du col, et le fœtus étant mobile, son extraction par les pieds sera l'affaire de quelques instants ; n'était l'angoisse et la gravité de la situation on pourrait dire que ce serait le triomphe de la méthode par dilatation manuelle.

Si l'école de Bologne, après Rizzoli, a montré ou cru pouvoir affirmer que l'accouchement par les voies naturelles devait être substitué à l'opération césarienne chez la femme agonisante pendant la grossesse, cette affirmation reçoit sa consécration absolue chez la femme agonisante pendant le travail, tandis que nous pensons que l'opération césarienne trouvera surtout son indication dans les cas où la femme meurt *subitement* pendant la grossesse, la dilatation forcée étant beaucoup plus difficile, et beaucoup moins rapide que pendant le travail.

Nous pouvons donc nous résumer en répétant que les deux facteurs qui joueront le rôle prépondérant dans la conduite à tenir seront d'une part la vie ou l'agonie de la mère, et d'une autre part l'état de grossesse ou un début de travail.

---

# CHAPITRE III

## PARALLÈLES ENTRE LES DIFFÉRENTES MÉTHODES, AVANTAGES, INCONVÉNIENTS ET DANGERS DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS.

Dans une question aussi complexe que celle que nous traitons, question qui touche à tant de points et qui vise des situations si différentes, il est pour ainsi dire impossible de donner une vue d'ensemble, en formulant des conclusions définitives ; la clinique et l'expérimentation doivent encore apporter leur enseignement, avant d'arriver à une solution ; si, en effet, cette question est déjà très vieille, on peut dire qu'elle subit en ce moment un rajeunissement en face du perfectionnement constant de l'instrumentation, si bien que, plus qu'à toute autre époque, elle mérite de fixer l'attention ; plus que jamais, la discussion reste ouverte, et nous n'avons pris part au débat que pour essayer d'en préciser la portée.

Il y aurait une importance capitale à pouvoir fixer les règles qui doivent présider à l'application de la dilatation rapide ou forcée, de délimiter les cas où la méthode s'impose, et de préciser, suivant les circonstances, le choix de l'instrumentation ; malheureusement l'expérimentation et le nombre des observations cliniques ne nous permettent pas encore de sérier les faits pour porter un jugement définitif sur ce point.

Jusqu'ici, en effet, on s'est contenté de rapporter des observations, sans faire une distinction suffisante suivant les cas, et les procédés employés, de sorte qu'on a rapproché et comparé des faits entièrement différents les uns des autres : c'est pour éviter de tomber dans cette erreur que nous avons cherché à *catégoriser les situations* en face desquelles pouvait se trouver l'accoucheur.

Quatre règles doivent toujours être présentes à l'esprit de l'accoucheur, avant de recourir à la méthode de la dilatation rapide ou forcée :

1° Ne jamais faire marcher inconsidérément l'emploi de la force, c'est-à-dire éviter tout traumatisme chez la mère;

2° Chercher à sauvegarder les deux existences, celle de la mère et celle de l'enfant;

3° Ne recourir à la méthode de l'accouchement forcé que dans les cas de nécessité absolue et tout à fait exceptionnels (mère agonisante ou morte).

4° Remplacer la méthode de l'accouchement forcé par la méthode de la *dilatation rapide ou forcée* chez la femme enceinte ou en travail menacée par de graves accidents.

Les deux premières règles ne trouvent pas leur application lorsque la mère est agonisante ou morte, mais on doit se rappeler combien il est parfois difficile ou même impossible de se prononcer avec certitude sur cette double alternative.

Dans les cas où pendant la grossesse la mort de la mère est certaine, surtout si elle a été subite, l'opération césarienne doit être préférée à la dilatation forcée ; ces cas sont tout à fait exceptionnels, aussi, est-ce la méthode de la dilatation rapide ou forcée qui rencontrera le plus grand nombre d'applications.

Nous avons dit qu'il était bien difficile d'établir une ligne de démarcation un peu nette entre la dilatation rapide et la dilatation forcée, rapidité devenant presque synonyme de force ; c'est ainsi que les ballons qui sont des instruments agissant par une action douce et lente peuvent devenir des instruments de force, lorsqu'on leur demande d'agir vite : Maurer Schauta, Duhrssen en exerçant des tractions continues sur les ballons, quelques accoucheurs français en rapprochant avec violence les branches de l'écarteur Tarnier font plus la dilatation forcée que la dilatation rapide.

Quels que soient les procédés employés, les résultats ne peuvent être comparés que si on intervient dans des conditions identiques : avant de porter un jugement définitif

sur la valeur des différents procédés, il y a donc lieu de catégoriser les faits suivant que la femme est enceinte ou en travail, c'est-à-dire suivant que le col est ou non effacé ; si tous les procédés (hormis les incisions) donnent à peu près les mêmes résultats lorsque le col est effacé, il en est tout différemment lorsque le col a encore toute sa longueur.

Nous pourrions par un mot donner la caractéristique de chaque procédé en disant que le ballon est *toujours un procédé lent*, que la méthode manuelle, est *parfois insuffisante* et que les dilatateurs mécaniques sont *souvent dangereux*.

On s'adressera donc à tel ou tel procédé, suivant l'urgence qu'il y aura à terminer plus ou moins rapidement, et l'on n'aura recours aux instruments dangereux que dans les cas où la question de traumatisme devient secondaire. On comprend combien il est difficile, en face de situations dissemblables de fixer le temps qu'exigera un col utérin pour se laisser forcer, et pourtant, cette notion de la durée joue dans l'espèce un rôle capital.

Le temps nécessaire pour pratiquer la dilatation rapide ou forcée sera donc entièrement variable ; si la femme est en travail, il variera de quinze minutes à deux heures rarement plus, tandis qu'il ne peut guère être fixé, si la femme n'est pas en travail, à part les cas où la parturiente est agonisante ou morte ; la dilatation n'exige alors qu'un temps très court, quelques minutes.

Cette manière de voir ne concorde pas, comme nous le verrons, avec les résultats fournis par Bossi avec son dilatateur qui amène une dilatation complète de l'orifice en un temps qui varie de quinze minutes à une heure et demie.

Les résultats, en ce qui concerne la mortalité maternelle ou fœtale, étant essentiellement variables suivant les circonstances, et les conditions dans lesquelles on intervient. il est très difficile de donner une idée générale de cette mortalité, les faits motivant une dilatation rapide étant trop disparates ; on peut cependant affirmer qu'en dehors de l'état où se trouve la mère au moment où l'on intervient,

le facteur qui joue le rôle le plus important, est la *durée* nécessaire pour produire une dilatation complète, suivant chaque procédé employé.

Les ballons sont plutôt des excito-dilatateurs que de véritables dilatateurs ; ce sont des instruments sûrs, mais lents, exigeant un temps difficile à fixer mais qui peut varier de une heure à douze heures et même davantage ainsi qu'on l'observe dans les cas où l'on y a recours pour provoquer l'accouchement : ils ne peuvent donc être employés lorsqu'il y aura nécessité d'obtenir rapidement la dilatation du col ; enfin ils seront peu ou point utilisables lorsque l'extrémité céphalique est profondément engagée ; c'est dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, après la rupture spontanée ou artificielle des membranes que les ballons trouveront leur maximum d'indications et rendront de grands services, car à côté de leur action excito-dilatatrice ils font l'effet de tampon interne, en appliquant le placenta sur la paroi interne.

La dilatation manuelle (Rizzoli) ou bimanuelle (Bonnaire) sera applicable dans tous les cas, même si la partie fœtale est engagée ; elle agit plus violemment que les ballons, mais non brutalement, la force pouvant être réglée ; elle donnera donc des résultats rapides, surtout dans les cas où la femme sera agonisante ou morte, et dans les cas où après un début de travail, l'orifice a atteint les dimensions d'une pièce de 2 francs ; on peut dire que ces cas seront le triomphe de la méthode manuelle : en général, même chez les primipares, la dilatation complète est obtenue en moins d'une heure, si le col ne présente pas de rigidité.

Le Dr Demelin dans une revue critique sur la dilatation rapide du col (Obstétrique, 1898) ne cache pas ses préférences pour la méthode bimanuelle, dont il rapporte plusieurs observations intéressantes.

Il se montre peu enthousiaste de la dilatation rapide chez les éclamptiques non en travail, et conseille de n'intervenir qu'après un début spontané du travail, la dilatation étant

de 5 fois. Nous pensons, d'après les résultats fournis par les différentes méthodes de dilatation, qu'une thérapie plus active et plus efficace s'impose *dans bien des cas*, et il semble que le terrain, acquis dans ce sens depuis 1898, soit déjà considérable ; nous nous sommes attaché dans un chapitre spécial à définir et à spécifier les cas qui réclament ou nécessitent l'emploi de la dilatation rapide ou forcée.

Dans les cas de souffrance de l'enfant (accidents du côté du cordon) la méthode bimanuelle pourra rendre également de grands services, en abaissant le chiffre de la mortalité à 16 p. 100, tandis que par la dilatation manuelle elle serait de 40 p. 100 : ces faits nous paraissent devoir être repris.

Quant aux déchirures, elles seraient exceptionnelles, 8 fois sur 49 cas, ou très limitées, n'intéressant que le museau de tanche d'un seul côté (3 fois) ou des deux côtés (5 fois) ; mais il ne faut pas perdre de vue que dans tous les cas, la dilatation bimanuelle n'a été pratiquée que dans le cours du travail, la dilatation étant de 5 fois ; il est certain qu'au cours de la grossesse, les résultats seront moins favorables et même incertains.

Le Dr Demelin en comparant les résultats fournis suivant les différents procédés trouve que la mortalité infantile a été de 27 p. 100 par la méthode manuelle, de 17 p. 100 par la méthode bimanuelle et de 62 p. 100 par la méthode instrumentale (ballons, dilatateurs). Aucune femme, sur 49. n'est morte du fait même de la dilatation manuelle.

Il est évident que ces chiffres, malgré leur exactitude, n'ont que la valeur d'un chiffre, sans qu'il soit possible d'en tirer des conclusions générales, en raison des situations particulières en face desquelles on se trouve, quand on pratique la dilatation rapide ; pour ne rappeler qu'un seul point, il est certain que les résultats, aussi bien pour la mère que pour l'enfant, changent du tout au tout, suivant qu'on intervient pendant la grossesse ou au cours du travail, et là se trouve une des raisons pour lesquelles il est encore impossible de porter un jugement sûr et définitif sur la dilatation

artificielle rapide, brusquée ou forcée par la méthode manuelle ou bimanuelle.

La méthode de Rizzoli a été principalement employée en Italie ; elle a fait ses preuves, tandis que la méthode de Bonnaire introduite récemment dans la pratique française, est encore à sa période d'essai ; la difficulté de se prononcer sur la valeur réciproque des différentes méthodes manuelles provient de ce que la dilatation rapide ou forcée constitue en quelque sorte un procédé, sinon d'exception, du moins d'une application rare et restreinte ; c'est là un point qu'il ne faut pas perdre de vue.

Harris a rapporté les résultats qu'il a obtenus dans 15 cas en employant son procédé ; 7 cas pour insertion vicieuse, 6 cas pour des présentations de l'épaule, 2 cas pour éclampsie.

Le temps nécessaire pour obtenir la dilatation a varié de seize à vingt-deux minutes ; malheureusement tous ces cas ne peuvent être comparés les uns aux autres, et donneront toujours des résultats différents suivant qu'on aura affaire à une primipare ou à une multipare, au début ou à la fin de la période de dilatation ; on peut en outre objecter que par la méthode de Harris, la circonférence métacarpo-phalangienne atteint 27 centimètres lorsqu'on introduit les doigts fléchis, tandis que par la méthode de Rizzoli, (doigts étendus), la main en cône n'a qu'une circonférence de 21 centimètres ; or dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, si l'on a recours à la dilatation rapide, le point important est de pouvoir introduire rapidement, avec le minimum de dilatation, la main au fond de l'utérus pour aller saisir un pied du fœtus, et l'amener à la vulve, sans procéder à son extraction, s'il n'y a pas urgence absolue pour la mère ou pour l'enfant ; il est donc inutile de chercher à obtenir une dilatation de 27 centimètres quand, avec une dilatation de 21 centimètres, le résultat cherché peut être obtenu.

Les instruments (écarteurs, dilatateurs), sont des procédés sûrs, rapides, mais souvent dangereux ; ce qu'on gagne en vitesse on le perd en sécurité ; suivant les cas, ce sera

affaire d'appréciations s'il vaut mieux aller vite que prudemment.

La force déployée peut être considérable, illimitée, en quelque sorte : elle agit, en outre d'une façon aveugle ; nous savons cependant qu'avec le dilatateur du D[r] Bossi ces reproches ne sont pas entièrement justifiés, et qu'en suivant ses recommandations, tout danger pourrait être écarté ; néanmoins, on peut dire que le dilatateur de Bossi, par son poids et son volume est d'un maniement assez difficile ; il occupe presque totalement le vagin d'une primipare, ce qui rend son placement difficile, et sa surveillance délicate.

L'écarteur à trois branches du professeur Tarnier est surtout un accélérateur du travail ; il trouvera son maximum d'indications et d'applications lorsque, la partie fœtale étant engagée la dilatation ne devra pas être obtenue dans un espace de temps très court ; il ne faut guère songer à y recourir avant l'effacement du col : c'est dans l'inertie du travail, et dans les cas de rigidité du col qu'il donnera les meilleurs résultats.

Dans les cas de rigidité, il pourra être nécessaire de faire plusieurs séances discontinues de dilatation, chaque séance de pose de l'appareil ne devant excéder deux heures, pour éviter la pression prolongée et la mortification possible du col dans les points où s'exerce l'action des branches.

Son action étant continue, il agit en fatigant en quelque sorte, la contractilité et la tonicité musculaires.

Le dilatateur de Bossi est incontestablement un instrument de force, et imprudemment manié, il peut devenir un instrument de violence ; au contraire, manié avec prudence il peut donner d'excellents résultats.

Le D[r] Bossi, tout en reconnaissant les légitimes appréhensions que son instrument a soulevées parmi les accoucheurs, insiste, avec raison, sur les heureuses modifications qu'il a apportées, à savoir : la légèreté plus grande de l'instrument, la présence d'un cadran enregistreur, l'adjonction de manchons métalliques ou en caoutchouc sur l'extrémité de chaque branche.

Pour cet auteur l'application du dilatateur comporte deux règles d'une importance capitale :

1° N'employer qu'un instrument à *trois* branches, afin de surveiller avec le doigt le degré de tension des parties, pendant toute la *durée de la séance* de la dilatation : il repousse donc formellement les dilatateurs à quatre, six ou huit branches qui, obstruant complètement le vagin rendent impossible toute surveillance des parties molles;

2° Ne faire un nouveau tour à la vis qu'au moment où la texture de la bordure tendue de l'orifice ne résiste plus.

Grâce aux manchons mobiles, à la surveillance continue avec les doigts, à l'intermittence des tours de vis, il n'y a plus à redouter de déchirures, ni d'hémorragies, ou du moins ces accidents ne comportent jamais une bien grande gravité.

La fréquence ou la possibilité des déchirures et ruptures est le gros reproche qu'on a formulé contre l'appareil du Dr Bossi ; qui a toujours, surtout en France, inspiré des craintes qui en ont fait rejeter l'emploi.

Ces ruptures sont incontestables, mais comme elles se produisent soit par la manipulation trop rapide de la vis, soit par la pénétration directe de la pointe dans le tissu utérin, elles seront évitées en surveillant la texture et la tension des parties molles, et en garnissant les pointes de manchons de caoutchouc (Bossi).

Tous les instruments peuvent être dangereux, le forceps peut être dangereux, et pourtant on ne conteste pas les services qu'il rend journellement.

En Allemagne, il semble y avoir une sorte de prédilection pour la dilatation instrumentale; en dehors des vieux instruments d'Osiander, Ellenger, Busch, il faut citer les modifications apportées par A. Muller, Frommer, Knapp et Lott.

Zangenmeister cependant, conteste l'innocuité de ces instruments qui causent des déchirures fréquentes, et nullement négligeables, s'accompagnant d'hémorragies plus ou moins graves; en général, dit-il, les tissus sont moins sectionnés qu'écrasés.

Léopold qui, dans ces derniers temps, s'est servi avec succès du dilatateur de Bossi, rapporte que dans 12 cas il y eut 3 fois des déchirures nécessitant des sutures ; dans une autre série de 5 cas, il eut une fois une hémorragie grave.

Rissmann rapporte 2 cas avec déchirures étendues chaque fois.

Wagner, sur 3 cas, eut une hémorragie grave qu'il eut de la peine à arrêter par des sutures, et la pose d'une pince.

Bischoff, sur 5 cas, eut une hémorragie notable.

Zangenmeister emploie, soit le dilatateur de Bossi, soit celui de Frommer qui a huit branches, d'où le désavantage de dilater le vagin autant que le col ; dans un cas d'éclampsie terminée par la mort, il put constater à l'autopsie deux longues déchirures s'étendant jusqu'au péritoine.

Pollak (de Vienne), Samuel Gache (de Buenos-Ayres) se sont montrés depuis 1900 les partisans convaincus du dilatateur de Bossi ; ils ont rapporté un grand nombre d'observations qui démontrent les incontestables avantages que donne cet instrument, lorsqu'on se décide à recourir à la dilatation rapide dans les cas de placenta prævia, d'éclampsie et de sténoses cervicales ; ces auteurs rappellent les succès que Léopold, Keller, Blau (clinique de Chrobak) ont obtenus, en pratiquant, chez les éclamptiques, la dilatation forcée à l'aide du dilatateur de Bossi, et ils montrent combien cette méthode est supérieure à la section césarienne qui donne une mortalité maternelle de 47 p. 100 tandis que la dilatation forcée à la Bossi ne donne que 15 p. 100, et une mortalité fœtale de 19 p. 100.

Le dilatateur de Bossi peut être employé pendant la grossesse, avant tout début de travail, et le temps employé dans les cas urgents a varié de quinze minutes à une heure et demie (Bossi) ; c'est là, il faut bien le reconnaître, une grosse supériorité lorsqu'on se trouve en face d'une éclamptique enceinte chez laquelle on croit nécessaire ou avantageux de vider l'utérus aussi vite que faire se pourra, dans l'espérance de voir les attaques convulsives s'atténuer ou disparaître.

Le Dr Montuoro dans sa thèse faite sous l'inspiration du Dr Bossi apporte une contribution très importante à l'étude de la dilatation par le procédé de Bossi.

Le dilatateur ne comportera jamais plus de trois branches, afin que l'opérateur puisse surveiller avec sa main gauche l'état de résistance des fibres du col ; il faudra toujours proportionner la force à la résistance du tissu, mais on ne donnera un nouveau tour de vis qu'après la cessation de la tension des bords de l'orifice.

Si la dilatation du canal cervical est nulle (primipare enceinte) l'instrument sera inapplicable ; il pourra alors être nécessaire de faire une première dilatation forcée digitale, après quoi, on introduira l'instrument. Dans la partie la plus importante et la plus instructive de sa thèse, le Dr Montuoro donne les résultats qu'on obtient suivant qu'on a recours à tel ou tel procédé de dilatation, et compare les procédés de dilatation avec l'opération césarienne.

Les principales indications de la dilatation forcée sont :

Les attaques d'éclampsie.

Les hémorragies par insertion vicieuse du placenta.

Les hémorragies par décollement du placenta normalement inséré.

Les menaces d'asphyxie de la mère.

Les états de souffrance du fœtus (accidents du côté du cordon).

Il y aura une indication formelle de recourir à la dilatation forcée instrumentale, chaque fois qu'il y aura, du fait de ces accidents, un péril immédiat pour la vie de la mère ou du fœtus.

Pour se faire une idée aussi exacte que possible des avantages, des inconvénients ou des dangers apportés par chaque procédé, il est nécessaire de rapporter des faits identiques, et de comparer les résultats obtenus par les différentes méthodes employées dans les mêmes circonstances, c'est-à-dire suivant une même indication.

RÉSULTATS OBTENUS DANS L'ÉCLAMPSIE SUIVANT LES DIFFÉRENTES MÉTHODES

| THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE | | THÉRAPEUTIQUE ACTIVE | | THÉRAPEUTIQUE RAPIDE | |
|---|---|---|---|---|---|
| MORTALITÉ MATERNELLE | | MORTALITÉ MATERNELLE | | MORTALITÉ MATERNELLE (Accouchement forcé). | |
| Tarnier | 22 p. 100 | Olshausen | 25 p. 100 | Duhrssen-Gusserow | 21 p. 100 |
| Maygrier | 37,5 — | Dohrn | 29 — | Chroback | 14.8 — |
| Gueniot | 30.41 — | Goldberg | 24,7 — | Rhostorn | 4.5 — |
| Bar | 37.77 — | Mangrigalli | 24 — | Zweifel | 15 — |
| Kerr | 37,5 — | Zweifel | 32,6 — | Glockner | 15.49 — |
| Michel | 31,97 — | Inverardi | 31,2 — | Bretschneider | 34 — |
| Champetier | 45 — | Baskin | 21.43 — | Inverardi | 10 — |
| | | Morar | 25 — | Villa | 14,81 — |
| | | Bidder | 17 — | Von Braitenberg | 8,6 — |
| | | Lantos | 28.3 — | Guardia ost. Milan | 18.45 — |
| | | Geuer | 24 — | Guardia ost. Genov (Bossi-de Paoli | 6.45 — |
| | | Krummacher | 33.6 — | | |
| | | Negri | 13,33 — | | |
| | | Tschernomordik | 23,91 — | | |
| Mortalité totale | 34.66 p. 100 | | 25.21 p. 100 | | 14.82 p. 100 |

RÉSULTATS OBTENUS DANS L'ÉCLAMPSIE
SUIVANT LES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS DE DILATATION FORCÉE

| MODES D'INTERVENTION | CAS | MÈRES MORTES | MORTALITÉ MATERNELLE | MORTALITÉ FOETALE |
|---|---|---|---|---|
| Méthode de Duhrssen . . | — | — | 21,99 p. 100 | — |
| — de Bonnaire . . | 13 | 3 | 27,07 — | 41.97 p. 100 |
| Hystéro-cervicotomie . . | 18 | 5 | 27.7 — | 50 — |
| Opération césarienne . . | 72 | 41 | 56.9 — | 37.5 — |
| Méthode de Bossi. . . . | 114 | 12 | 10.5 — | 25.4 — |

RÉSULTATS OBTENUS DANS L'INSERTION VICIEUSE
SUIVANT LES DIFFÉRENTES MÉTHODES

| MÉTHODES | MORTALITÉ MATERNELLE |
|---|---|
| Accouchement forcé . . . . . . . . . . . . . . . . . | 5,9 p. 100<br>54 — |
| Rupture des membranes et ballons . . . . . . . | 1.7 —<br>14.50 — |
| Tamponnement . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | 5.9 —<br>35 — |
| Méthode de Braxeton Hiks (École de Berlin . . . | 3,57 —<br>34.6 — |

On voit combien, pour un même procédé, les résultats sont variables suivant les auteurs, et l'on comprend que suivant les habitudes, l'habileté de chacun, les succès seront différents ; il est certain qu'un même procédé ne donnera jamais des résultats identiques entre des mains différentes ; il y a là une question d'habitude et d'habileté dans la technique opératoire, car en général plus on emploie un procédé mieux on l'exécutera, et plus les résultats seront satisfaisants.

RÉSULTATS OBTENUS DANS L'INSERTION VICIEUSE
SUIVANT LES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS DE DILATATION FORCÉE

| MODES D'INTERVENTION | | CAS | MÈRES MORTES | MORTALITÉ MATERNELLE | FOETUS | | MORTALITÉ FOETALE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | MORTS | NON VIABLES | |
| Opération césarienne. . . . | | 16 | 3 | 18.7 p. 100 | 5 | 4 | 6 25 p 100 |
| Dilatation forcée | manuelle | 59 | 4 | 6.7 — | 19 | — | 32.2 — |
| | à la Bossi | 32 | 3 | 9.9 — | 6 | 1 | 17.2 — |

On voit par ce tableau que les procédés qui donnent les meilleurs résultats pour les mères donnent par contre les moins bons résultats pour les enfants, et vice-versa.

Il faut bien reconnaître du reste que cette question de l'intervention dans l'insertion vicieuse du placenta toujours à l'ordre du jour reste encore controversée, et qu'elle ne peut être résolue par une formule applicable à tous les cas.

Le professeur Pinard se montre l'adversaire résolu de toute dilatation en dehors de l'application des ballons précédée de la déchirure des membranes. Pour cet auteur, cette intervention répond à tous les cas, et donne les meilleurs résultats, à qui sait s'en servir.

Tous les accoucheurs sont d'accord pour reconnaître l'extrême gravité du décollement du placenta normalement inséré qui donne une mortalité maternelle très grande et une mortalité fœtale effrayante, 95 p. 100 environ.

La conduite à tenir en face d'un pareil accident est encore très discutée, et varie suivant les auteurs qui vont jusqu'à préconiser l'opération césarienne dont les résultats sont déplorables ; dans cette situation le Dr Bossi conseille de recourir à son dilatateur, qui a donné quelques résultats heureux, mais les observations sont encore si rares qu'il serait absolument prématuré de porter un jugement en pareille matière.

Pour terminer ce qui a trait à l'emploi du dilatateur du Dr Bossi, il nous faut encore montrer les résultats qu'il peut fournir lorsqu'on l'applique sur la femme agonisante ou morte, et les comparer à ceux que donne l'opération césarienne ; le Dr Bossi fait ainsi sa profession de foi : dans l'agonie, l'accouchement forcé doit être la règle, l'opération césarienne, l'exception.

Durant l'*agonie*, à part quelques cas tout à fait exceptionnels, l'intérêt seul de l'enfant entre en ligne de compte, aussi les tableaux suivants nous paraissent-ils instructifs et dignes de fixer l'attention.

FEMME AGONISANTE

| MODES D'INTERVENTION | CAS | FOETUS | | | MORTALITÉ IMMÉDIATE | MORTALITÉ GÉNÉRALE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | MORTS | VIVANTS | SURVIVANTS | | |
| Accouchement forcé. . | 39 | 8 | 32 | 18 | 20,5 p. 100 | 53,8 p. 100 |
| Opération césarienne. . | 34 | 12 | 23 | 21 | 35,5 — | 40 — |

FEMME MORTE

| MODES D'INTERVENTION | CAS | FOETUS | | | MORTALITÉ IMMÉDIATE | MORTALITÉ GÉNÉRALE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | MORTS | VIVANTS | SURVIVANTS | | |
| Extraction immédiate du fœtus, femme en travail. . . . . . . . . | 32 | 26 | 8 | — | 76,5 p. 100 | — |
| Accouchement demi-forcé. . . . . . . . . . . | 27 | 15 | 16 | 13 | 66,6 — | — |
| Accouchement forcé. | 8 | 7 | 1 | — | 87,5 — | — |
| Opération césarienne. . | 1772 | 1575 | 203 | 79 | 88,8 — | 95,6 p. 100 |

Malgré l'intérêt qui s'attache à la lecture de tous ces tableaux, il est difficile pour ne pas dire impossible de s'arrêter à une opinion définitive et de fixer d'une façon ferme le meilleur procédé à employer lorsqu'on croira devoir recourir à la méthode de la dilatation forcée ; il faut attendre du temps, c'est-à-dire de l'observation, l'enseignement fécond qui apportera la preuve indiscutable de la supériorité de tel ou tel procédé, mais dès à présent nous pensons que la *supériorité n'appartiendra jamais à un procédé unique*, en raison de la différence des situations et des faits ; la clinique fixera seulement les indications particulières qui devront faire porter le choix sur tel procédé plutôt que sur un autre.

Incisions. — On a pensé que dans les cas où l'on devait extraire de force le fœtus contenu dans l'utérus, le moyen le plus rapide, sinon le moins dangereux était de recourir à la méthode sanglante, en pratiquant deux larges incisions

cervicales, de façon à faire une brèche permettant l'extraction du produit de conception ; limitées aux bords de l'orifice du col chez la femme en travail, ces incisions plus ou moins nombreuses, ont pu donner quelques résultats satisfaisants, surtout dans les cas de rigidité, mais profondes ; et gagnant l'insertion vaginale, elles sont absolument dangereuses, surtout chez la femme enceinte, non en travail ; elles sont dangereuses parce qu'il est impossible d'en fixer les limites et l'étendue, surtout au moment où on pratique l'extraction ; elles sont en outre graves. parce qu'elles s'accompagnent d'hémorragies, parfois très abondantes.

Si Knapp a pu dire qu'avec le dilatateur de Bossi, il peut y avoir des hémorragies, elles sont constantes après les incisions : il est vrai, suivant la remarque de Zangenmeister, que les risques d'infections sont moindres après une incision qu'après une déchirure et un écrasement.

On sait ce qu'on coupe en pratiquant une incision avec le bistouri ou des ciseaux, mais on ne sait jamais où s'arrêtera l'incision qui ira en s'agrandissant pendant l'extraction du fœtus, c'est le gros et le juste reproche que l'on peut adresser à la méthode de Duhrssen qui, pour cette raison a été, sinon condamnée, du moins très peu employée, au moins en France.

Duhrssen a rapporté une statistique de 32 cas, dont un seul cas de pyohémie, antérieure à l'intervention ; pour empêcher la production d'une hémorragie grave, due plutôt à l'inertie utérine qu'à l'incision, Durhssen fait préventivement une injection sous-cutanée d'ergotine ; enfin, d'après lui, on viendrait toujours maître de l'hémorragie par le tamponnement ou la suture des deux lambeaux ; de même, ni les incisions, ni les sutures ne pourraient s'opposer à une nouvelle fécondation, ni apporter d'obstacle lors d'un nouvel accouchement.

Toutes ces affirmations demanderaient à être appuyées par des faits probants, aussi, malgré l'avis de Duhrssen, et la pratique de Haultein, la méthode des grandes incisions est

loin d'être acceptée, même en Allemagne, et à notre avis, elle ne peut constituer qu'un moyen extrême auquel on ne pourra avoir recours qu'avec la plus grande réserve, et en raison de l'inefficacité des autres procédés ; or nous avons vu que nous avons mieux et moins dangereux.

On voit par cette exposition critique qu'il est impossible de déterminer et de préciser le temps nécessaire pour procéder à la dilatation artificielle du col utérin ; ce temps variera avec le procédé et son mode d'action : dilatation accélérée, rapide, forcée.

Chez la femme agonisante ou morte, même au cours de la grossesse, la dilatation ne demandera, en général, qu'un temps très court, surtout si l'on a recours à la méthode manuelle; chez la femme bien portante, même en travail, la durée sera beaucoup plus longue et variera avec l'état de primiparité ou de multiparité, avec la période du travail, effacement ou dilatation ; elle variera, enfin, avec l'état du col, souple ou rigide; c'est dans les cas de rigidité que la dilatation demandera le plus de temps ; suivant la cause et le degré de rigidité, le temps nécessaire pour obtenir une dilatation complète pourra atteindre et dépasser vingt-quatre heures ; il sera alors nécessaire de faire des séances discontinues, mais, on se rappellera que dans ces cas de rigidité, la question de durée ne joue en général qu'un rôle secondaire, à l'inverse de ce qui existe dans les autres circonstances (accidents graves chez la mère).

Tout en étant dans l'impossibilité de résumer ces pages et de donner des conclusions, nous pouvons dire que *pendant la grossesse* comme *pendant le travail*, la méthode de l'*accouchement forcé* a toujours donné de très mauvais résultats ; aussi ne devra-t-on y recourir que si la femme est agonisante ou morte ; en cas de mort subite, la section césarienne est préférable.

Si l'accouchement forcé donne de mauvais résultats, il n'en sera pas de même de la *dilatation accélérée, rapide ou forcée :* elle trouvera ses indications surtout pendant le tra-

vail, mais rendra également des services pendant la grossesse.

Le procédé employé ne peut être uniforme pour tous les cas ; le choix variera suivant les indications, les circonstances, et aussi suivant l'expérience de chacun.

Chez la femme en travail, la dilatation manuelle sera le procédé de choix ; il est, en général, suffisamment rapide et engage le moins la responsabilité de l'accoucheur pour les cas où la femme, en état de mort apparente, survivrait plus ou moins longtemps après l'opération.

Les instruments de force seront réservés pour des cas spéciaux et toujours maniés avec la plus extrême prudence.

On ne procédera à la dilatation forcée instrumentale qu'en face d'une indication précise, formelle (insuffisance ou inefficacité des autres procédés) se rappelant qu'il y a souvent plus de danger à aller vite qu'à temporiser.

Si la patience est souvent mère de sûreté, elle a pourtant des limites, en face d'indications nettes et précises ; ce sont ces limites que nous avons cherché à fixer, ce sont ces indications que nous avons essayé de préciser.

En face d'accidents graves, de menaces immédiates pour la vie de la parturiente, la patience doit céder le pas pour faire place à une thérapie active qui viendra aider la nature, la corriger ou la suppléer.

---

## TABLE DES MATIÈRES



EVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY

45

